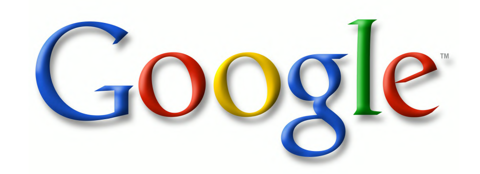
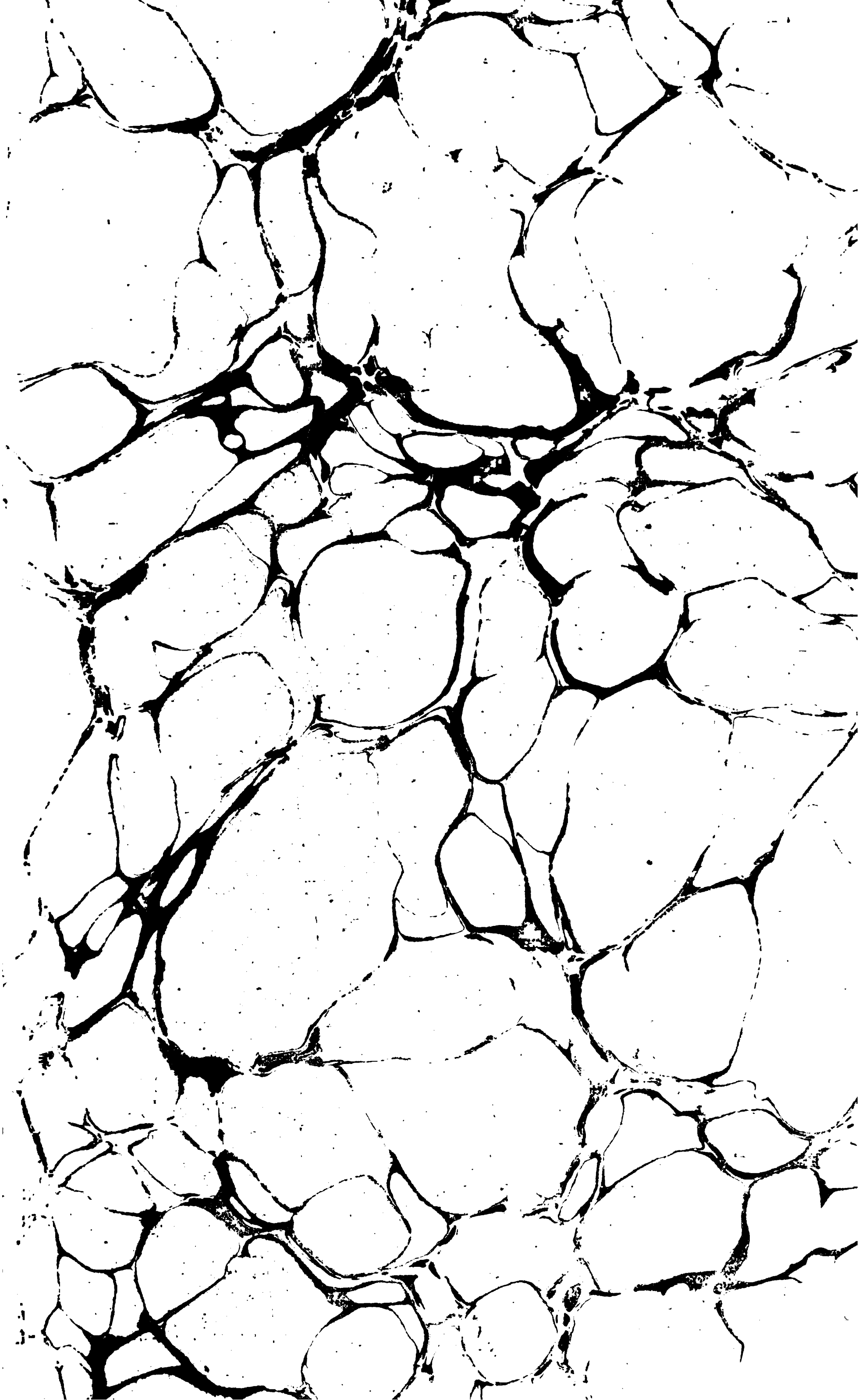



SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
LVX
FIAT
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



RECHERCHES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET L'IDIOTIE

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES

CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE

COMPTE-RENDU DU SERVICE
DES ENFANTS IDIOTS, ÉPILEPTIQUES ET ARRIÉRÉS DE
BICÊTRE PENDANT L'ANNÉE 1901

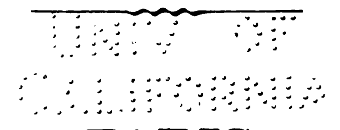
PAR

BOURNEVILLE

Avec la collaboration de

MM. AMBARD, BOYER (J.), CROUZON, MOREL (L.),
PAUL-BONCOUR, PHILIPPE ET OBERHUR.

Volume XXII
Avec 14 figures dans le texte et 16 planches.



PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
14, rue des Carmes, 14.

FÉLIX ALCAN
ÉDITEUR
108, Boulevard St-Germain, 108.

1902

PREMIÈRE PARTIE

Histoire du service pendant l'année 1901

(Bicêtre et Fondation Vallée)

BOURNEVILLE, *Bicêtre*, 1901.

PREMIÈRE PARTIE

SECTION I : **Bicêtre**

Histoire du Service pendant l'année 1901.

I.

SITUATION DU SERVICE. — ENSEIGNEMENT PRIMAIRE.

Les enfants de la 4e section du quartier des aliénés de l'hospice de Bicêtre sont répartis en trois groupes principaux : 1° Les *enfants idiots*, *gâteux*, *épileptiques* ou *non*, mais INVALIDES (Bâtiment Séguin) ; — 2° les *enfants idiots*, *gâteux* ou *non*, mais VALIDES ; — 3° les *enfants propres*, *valides*, *imbéciles*, *arriérés*, *instables*, *pervers*, *épileptiques* et *hystériques* ou *non*.

*
* *

I. *Enfants idiots, gâteux, épileptiques* ou *non*, mais INVALIDES. — Ce premier groupe est subdivisé en deux catégories. La première se compose des enfants *idiots complets*, ne parlant, ni ne marchant, ne sachant pas se servir de leurs mains, incapables

de s'aider en quoi que ce soit, sans attention, gâteux, etc. On les considère généralement, mais à tort, comme tout à fait incurables. La plupart d'entre eux sont, contrairement à l'opinion courante, susceptibles d'amélioration, même à *un degré très notable.* Sous l'influence du *traitement médico-pédagogique*, ils passent successivement du groupe des idiots *complets* dans ceux des idiots *profonds*, des *imbéciles* et enfin des simples *arriérés*.

On fortifie leurs jambes avec la *balançoire-tremplin* ; on leur apprend ensuite à se tenir debout à l'aide des *barres parallèles* ; à marcher, soit en les tenant sous les bras, soit à l'aide du *chariot* (1) ; en exerçant, chaque jour, et à plusieurs reprises, toutes les articulations *(exercices des jointures)*, en leur faisant des *frictions* stimulantes, etc.

En 1901, un enfant a appris à marcher seul (2) ; trois enfants ont appris à manger seuls (3) ; deux sont devenus propres (4). Voici quelques notes concernant ces enfants.

MANS... (Lucien), à l'*entrée* en 1898, ne posait pas ses pieds à terre. *Aujourd'hui* il fait quelques pas seul. Il n'avait jusqu'alors prononcé aucun mot, aujourd'hui il répète bien quelques petites phrases. L'enfant a eu une grande partie de l'année des engelures aux pieds ce qui a retardé les progrès de la marche.

CAR... (Camille), à l'*entrée,* ne s'était jamais servi de ses mains que pour se frapper et se mordre*; aujourd'hui* il mange et boit seul.

POPELA.. (André), à l'*entrée*, ne comprenait rien, ne marchait pas, avait même de la peine à se tenir dans le chariot, était grand gâteux. *Aujourd'hui* il est propre (1901) mange

---

(1) Voir *Compte-rendu*, a. 1899 : fig. I, II, III et IV, p. IV, V, VI et VII.
(2) Mans... — (3) Car... Popel... Delp... — (4) Pop... Jacq...

seul et dit papa, maman. Il marche seul depuis 1899. Son attention était très difficile à fixer; maintenant, si on l'appelle, il vient; si on le gronde, il s'en va en pleurant.

Delp. (Eugène) est arrivé ne marchant pas, ne comprenant rien, ne parlant pas, grand gâteux et ne se servant pas de ses mains. Il marche seul, comprend un peu; si on le gronde il s'en va tapant du pied et des mains. Il dit papa, maman, à boire, du pain, lolo, cola pour chocolat, mange et boit seul (1901).

Jacqua.. (Julien) est entré en mars 1889 marchant mais grand gâteux et ne se servant pas de ses mains, il sait manger seul depuis 1899 et a été rendu propre cette année. Il a gagné un peu pour la parole, et pourtant il a toujours à peu près autant de vertiges.

Dès qu'un enfant de ce groupe marche sans aide, il doit être envoyé à la *Petite École*, d'abord pendant une heure ou deux, puis toute la journée, aussitôt que ses forces le permettent. Tous ces enfants gâteux sont placés sur les petits *fauteuils* spéciaux que nous avons décrits (1).

La *seconde catégorie* comprend les *idiots* absolument *incurables*, en beaucoup plus petit nombre qu'on ne le croit d'habitude, et les *épileptiques* devenus *déments* et *gâteux* sous l'influence des accès ou des poussées congestives qui les compliquent. Ils ne peuvent plus être que l'objet de soins hygiéniques et doivent former un groupe à part. Aussi avons-nous obtenu, pour les plus âgés d'entre eux, l'aménagement de l'un des sous-sols encore disponibles où ils sont réunis et surveillés durant le jour, en mauvaise saison, car, lorsque le temps le permet, ils sont promenés dans les jardins.

Ce sous-sol nous sert également à d'autres enfants,

---

(1) Voir *Compte-rendu* de 1899, fig. 5 et 6, p. VIII.

qui nous arrivent *tardivement* à 15, 16 ans, 17 ans et même quelques mois ou quelques jours avant la limite fixée (18 ans), idiots ou épileptiques en déchéance, dont l'*incurabilité* est reconnue et que nous avions été obligé jusqu'ici, de maintenir dans les écoles, où ils étaient une occasion de trouble, qu'ils contribuaient à encombrer, même à infecter par leur gâtisme, sans aucun bénéfice pour eux et au grand détriment des enfants éducables. Ces malades absolument incurables sont au nombre de huit.

* * *

II. *Enfants idiots gâteux ou non gâteux, épileptiques ou non, mais* VALIDES (*Petite École*). — Ces enfants fréquentent la petite école, confiée exclusivement à des *femmes*. Dans le courant de l'année, 170 enfants y ont été inscrits. Sur ce nombre, 9 sont décédés, 8 sont sortis définitivement, 1 a été transféré, 2 sont passés dans une des sections d'adultes et 10 ont été envoyés à la grande école.

Sur 140 enfants qui restaient à la petite école au 31 décembre 1901, 9 ne mangent pas seuls, 60 se servent de la cuiller, 51 de la cuiller et de la fourchette et 20 se servent de la cuiller, de la fourchette et du couteau. — Cinq enfants gâteux de ce groupe sont *devenus propres* (1) ; 5 ont appris à manger seuls (2) ; 8 ont appris à lire (3).

Le *traitement du gâtisme*, qui consiste à placer, après chaque repas, les enfants gâteux sur les sièges d'aisance et qui a pour but principal d'amener l'enfant gâteux à devenir propre, fait également réaliser à

---

(1) Rost.., Beno.., Lecourt.., Maff.., Troes..
(2) Baud..., Dubr..., Sehneid.., Gagn.., Paum..
(3) Lesu.., Guya.., Boul.., Brant.., Via.. Gabor.., Copp.., Georg..

l'Administration des économies notables de blanchissage. Nous avons fait faire par la surveillante du service le relevé des enfants ayant déféqué au siège *après les repas*, durant les 5 premiers jours de chaque mois. Voici ce relevé qui a porté sur une moyenne de 50 enfants gâteux.

MOIS.	JOURS.					TOTAL.
	1.	2.	3.	4.	5.	
Janvier	15	16	14	17	18	80
Février	19	16	14	13	15	77
Mars	17	19	18	15	16	85
Avril	16	12	17	16	12	73
Mai	1[illegible]	16	20	15	22	92
Juin	20	22	19	20	18	89
Juillet	18	22	19	18	22	99
Août	24	20	22	19	17	102
Septembre	20	22	21	20	20	103
Octobre	19	21	18	22	20	100
Novembre	24	20	25	23	20	112
Décembre	20	23	20	18	21	118
TOTAUX	237	229	227	216	221	1.130

Comme on le voit, en 60 jours seulement, nous avons fait à l'Administration une économie de blanchissage de 1130 chemises, soit pour l'année *six mille huit cents chemises*, sans compter les économies réalisées, au dortoir, la nuit, pour les *chemises* et les *draps*, par le placement des enfants sur les sièges, au coucher, au milieu de la nuit et au lever, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Il en est ainsi depuis 1880.

Tous les enfants de la Petite école, sont exercés au saut, à la montée et à la descente des escaliers, à la gymnastique des échelles et des ressorts, sauf ceux

qui, venus du premier groupe, c'est-à-dire des INVALIDES, étant encore trop infirmes, n'ont pu y prendre part. Quinze enfants de la *petite école* et de la *petite école complémentaire*, dont nous allons parler plus loin, ont fait régulièrement les exercices de la grande gymnastique. Vingt-et-un enfants ont travaillé cette année dans les différents *ateliers :* tailleurs, cordonniers, vanniers, brossiers, imprimeurs, serruriers, menuisiers et jardiniers.

La *petite école* comprend : 1° le *traitement du gâtisme*, exposé précédemment, 2° les *leçons de toilette* qui consistent à apprendre aux enfants à se laver la figure et les mains, à s'habiller, à manger seuls, etc. ; 3° les exercices pour l'*éducation de la main*, *des sens* et de la *parole ;* 5° les *exercices élémentaires* relatifs à l'*enseignement primaire* ; 6° les *leçons* de *choses*, soit à l'école, soit dans les *jardins* (avec le tableau roulant), soit enfin dans les promenades (1). Les *fig.* 1, 2 et 3 complétant celles du *Compte-rendu* de 1899, représentent les boiteux qui renferment les substances dont nous nous servons pour l'éducation des *sens du goût* (2) et de l'*odorat* (3) et le petit appareil en usage pour apprendre aux enfants à nouer.

Voici quelques détails sur plusieurs des *enfants améliorés* à la petite école, par Mlles Blanche AGNUS, Amandine BOHAIN et leurs collaboratrices.

CORN... Maurice — A l'*entrée,* il n'était pas gâteux, mais sa tenue était très mauvaise, il se tenait malproprement, ne savait ni se vêtir ni se laver seul.

Aujourd'hui, il se donne lui-même les soins de toilette, et s'habille seul. — Sans notions des exercices classiques, il

---

(1) Dans nos précédents *Compte-rendus*, notamment dans celui de 1899 nous avons décrit minutieusement tous les procédés en usage à la section des Enfants arriérés et épileptiques (Voir les *fig.* 7 à 51 de ce *Compte-rendu*

commence à assembler les lettres, et à tracer les *o, a* et *u* sur le cahier. — Les progrès à la *gymnastique* sont satisfaisants.

TRO..(Edouard)V. *Compte-rendu* de 1900, p. IX). — L'amélio-



Fig. 1. — Flacons renfermant : Eau de rose, Acide acétique, Teinture d'assa fœtida, Alcoolat d'anis, Teinture de valériane, Eau de Cologne, Eau de menthé, Acide thymique.

ration continue, l'enfant parle aujourd'hui très bien, interroge et répond exactement quand on lui parle. Il a appris à connaître quelques lettres et, sur le cahier, il peut reproduire des barres et des o.

Il connaît le nom et l'usage des objets usuels qui l'entourent, ainsi que les différentes parties de son corps et de ses vêtements. — Sa *tenue* est soignée, il commence à se nettoyer seul ainsi qu'à s'habiller. — Son *caractère* est gai, il chante, retient facilement les airs et les chansons que nous lui apprenons; il a même une voix juste et jolie.



Fig. 2. — Flacons renfermant : Rhubarbe, Quinine, Gentiane, Sucre, Sel Poudre de Quinquina.

LECOURT... (Léon). L'enfant s'améliore sensiblement sous le rapport de la *parole*. L'attention, plus facile à obtenir, permet aujourd'hui à l'enfant d'arriver à pouvoir nouer, lacer, boutonner et faire les deux premiers mouvements à la gymnas-

tique. De pleureur qu'il était autrefois, il est devenu gai, il joue et chante continuellement et il se plaît à entendre chanter, il retient du reste très facilement les airs.

Au point de vue du *gâtisme*, une grande amélioration s'est produite, il n'est pas encore tout à fait propre, mais il va à présent seul sur le siège. — Il commence à se laver les mains et le visage. Toutefois il faut encore l'aider.

HOUR... (Charles), 7 ans 1/2. L'enfant, dont la parole était nulle à l'entrée, était gâteux, et sujet à de fréquents ver-



Fig. 3. — Petit appareil pour appendre à nouer.

tiges, ce qui lui rendait presque impossible la marche, et le faisait tomber à tout instant. Il était dans une situation telle qu'on ne croyait pas obtenir de résultats. — A la suite des exercices de gymnastique, de lavage et de parole, l'enfant s'est amélioré. Il a débuté par une prononciation défectueuse accompagnée d'écholalie prononcée, puis peu à peu l'écholalie tend à disparaître et l'enfant commence à répondre plus exactement quand on lui parle. Il devient gai, chante et commence à s'approprier en ce qui concerne le gâtisme.

RB... (Henri), 7 ans. — *Idiotie profonde.* — Il reste assis

dans un coin, sans faire aucun mouvement, indifférent au bruit que font les autres enfants, ne se retournant même pas, et n'ayant pas l'air d'entendre le son des clairons, ni le bruit des tambours (même placé au milieu), ne répondant pas à l'appel de son nom, criant, pleurant et se cognant le front quand on voulait le prendre sur les bras, Il marchait très-peu, pour ainsi dire pas du tout. La physionomie était triste et peu gracieuse.

Quelques progrès sont à noter et l'enfant aujourd'hui, vient à l'appel de son nom, est devenu joueur, affectueux, commence à envoyer des baisers, à faire les deux premiers mouvements à la gymnastique des échelles, tenu encore il est vrai par le moniteur et il se plaît à entendre chanter et le prouve en souriant quand on chante près de lui, vous prend les mains et essaie de fredonner. — Il prononce quelques mots, tels que maman, papa, babo, ce qui veut dire bobo quand il a du mal, et le mot quaqua.

Il n'est pas encore devenu propre, cependant lorsqu'il sent qu'il a besoin il se baisse, ce qui est un avertissement, et permet d'empêcher qu'il ne se salisse.

Poliats.. (Henri). *Idiotie profonde.* — Aux résultats antérieurs ajoutons qu'il s'est produit une amélioration concernant l'attention. L'enfant répond, *aujourd'hui,* à l'appel de son nom, ce qu'il ne faisait pas autrefois. Il comprend maintenant quand on le flatte ou qu'on le gronde, est sensible aux caresses qu'il ne recherchait pas autrefois, étant même d'une grande indifférence.

Au point de vue du gâtisme, il peut être même considéré comme étant propre, il va du reste seul dehors quand il a besoin et se salit rarement.

Kriég... (Maurice) *Idiotie profonde.* est en voie de transformation. A son *entrée,* à 3 ans 1/2, il était gâteux, ne prononçait aucun mot, ne mangeait pas seul, ne savait ni s'habiller, ni se déshabiller. Très turbulent, ayant continuellement des accès de colère et de cris, indocile, d'une attention impossible à fixer, il offrait le type de *l'idiot profond.*

L'enfant est âgé *actuellement* de 8 ans 1/2. Aux améliorations constatées durant les deux précédentes années : propreté, habillement et acquisition de quelques mots usuels, nous ajouterons, pour cette année, les progrès suivants : non seulement il s'habille et se déshabille très adroitement tout seul mais il habille et déshabille les autres enfants de la salle ;

il cire leurs chaussures. Il reconnait et nomme toutes les personnes du service, même les parents de certains de ses camarades.

La parole (à part la coprolalie) et la mémoire se sont aussi énormément enrichies en mots usuels. Kr.. fait de petites phrases. Enfin les accès de cris persistant encore sont bien moins fréquents et ont fait place à une attention relativement soutenue.

Ces progrès remarquables, chez un tel malade, sont dus surtout aux soins de Mme Athénais Bohain, sous-surveillante à l'infirmerie.

Petite école complémentaire. — Cette école est confiée à Mme BONNET, femme d'un grand dévouement dont l'éloge n'est plus à faire et qui s'est mise gracieusement à notre disposition. Elle a été aidée, jusqu'au mois de juillet, date de son départ de l'Administration, par une suppléante aussi active qu'intelligente, Mme *Cordonnier*. Cette suppléante avait également la surveillance des deux dortoirs où couchent les enfants de cette école, au nombre de 40. Elle a été remplacée par Mme *Randier*, simple infirmière, ayant 5 ans de services et pour laquelle nous avons demandé l'élévation au grade de 1re infirmière ce qui fait 2 francs de plus par mois. Trois infirmières sont en outre adjointes à ce service pour la surveillance des enfants. — Voici quelques-uns des résultats obtenus au cours de l'année 1901, résumés par Mme Bonnet.

Dans le courant de l'année trois enfants ont été rendus *propres :*

1° PARD... (Marcel). — *Idiotie du second degré avec hémiplégie* a été signalé l'année précédente (p. X) comme très amélioré pour la *parole* qui était complètement nulle à son entrée, parle davantage et plus distinctement.

Cet enfant qui pleurait sans cesse, ne mangeait pas seul, *gâtait* nuit et jour *est devenu tout à fait propre :* dans la journée il exprime ses besoins. Il mange seul convenablement, joue avec ses petits camarades. Il connaît et nomme les

différentes parties de son corps. Comme exercices classiques nous n'avons encore rien obtenu.

2° Deli... (Marcel), 6 ans. — *Idiotie complète,* signalé également en 1900 (p. XI) pour l'amélioration de la *parole.* — *Ne se salit plus jamais* dans la journée, exprime ses besoins. Il est plus gai, plus affectueux, la prononciation est moins défectueuse. Del.. retient et fredonne tous les airs qu'il entend.

3° Pel... (Léon). — *Idiotie du second degré, sclérose en plaques.* — A son entrée ne se tenait debout que soutenu sous les bras, ne mangeant pas seul, gâtait nuit et jour et parlait avec difficulté. Cet enfant a commencé en 1897 à se tenir debout dans un chariot et à se servir de la cuiller. En 1898, la marche est devenue plus assurée, les mains moins maladroites. En 1899, il est parvenu à se déshabiller seul et à parler plus intelligiblement. Il gâtait encore très souvent jour et nuit.

Actuellement il a plus d'équilibre dans la marche, il est tout à fait propre le jour ; s'habille complètement seul, tient conversation, emploie les verbes, les pronoms, fait des réflexions sensées. Il a pris goût à la classe, connaît et nomme toutes les lettres de l'alphabet ainsi que les chiffres, les couleurs et les surfaces.

Il s'intéresse aux leçons de choses et distingue un certain nombre d'objets. Il sait lacer, boutonner, compter les objets jusqu'à 10. Pour l'écriture nous n'avons encore rien pu obtenir en raison du tremblement dont il est affecté. Cet enfant a été notablement amélioré pour la parole.

4° Grégo... (Marcel). — *Idiotie du second degré.* — La parole était complètement nulle à son arrivée. Il a commencé par répéter les syllabes simples et redoublées, puis peu à peu il s'est mis à prononcer un certain nombre de mots. L'articulation est très défectueuse mais comme cet enfant apporte de la bonne volonté, elle sera facile à rectifier. La plupart des consonnes sont bien prononcées isolément, mais dans le corps d'un mot elles sont complètement dénaturées.

Notre malade, très maladroit de ses mains au début, est parvenu à s'habiller seul, il sait lacer, boutonner, nouer mais sans rosettes. Il place par comparaison les lettres et les chiffres sur les cartons correspondants mais ne les nomme pas encore. Il arrive à tracer quelques bâtons sur l'ardoise. Il aime beaucoup le chant et fredonne les airs qu'il entend.

5°, 6°, 7°. Nos *microcéphales* : LAUR... (Marcel), CHAIZ... (Louis), STERL... (Georges), signalés l'année dernière (p. XI et XII), continuent à s'améliorer à tous les points de vue.

La parole est presque normale, l'esprit d'observation s'exerce. La mémoire s'éveille et dans leur conversation on s'aperçoit des progrès de l'intellect. Ce n'est plus comme autrefois, les faits présents qui occupent uniquement leurs pensées, le passé tient aussi sa place et ils savent trouver les mots et même les tournures de phrases pour exprimer leurs idées. Ils travaillent avec plaisir en classe, l'écriture a beaucoup gagné. Ils assemblent les lettres, savent écrire leur nom, leur âge, les jours de la semaine, les mots de la leçon de lecture de chaque jour. La lecture au Syllabaire va lentement mais ils lisent et comprennent un grand nombre de nos mots imprimés. Ils sont parvenus à faire seuls l'addiion sans retenues. L'instabilité mentale a sensiblement diminué. Ils rendent quelques services manuels et le font avec empressement.

8°, 9°, 10°, 11°. Chez quatre autres enfants signalés antérieuremment, la parole s'est modifiée favorablement. Ce sont : CAM.. (Fernand) (1), BEA.. (Charles), LEMAIT.. (Georges) (2) et COTTE.. (Henri).

Deux enfants ont *appris à lire* couramment :

12° CHARM.. (Victor) *Idiotie profonde*, entré en 1892; parole et marche nulles, ne mangeant pas seul, restant toute la ournée dans un état somnolent, cet enfant semblait n'être doué que de la vie végétative. Peu à peu, lentement, les ténèbres qui enveloppaient cette intelligence se sont dissipées et enfin nous sommes arrivés à ce résultat inespéré de la lecture courante. En voyant la physionomie, encore si dépréciée, de notre malade, on peut se rendre compte des difficultés que nous avons rencontrées. Malgré la difformité de ses mains CHARM.. est parvenu à former une écriture assez lisible cette année, ce que nous n'avions pu obtenir jusqu'à présent.

Il est vrai que grâce au traitement persévérant des *douches en pluie* sur ses mains malades et toujours gonflées (3), elles

(1) *Compte-rendu* de 1899, p. L.
(2) *Compte-rendu* de 1899, p. L et de 1900, p. XV.
(3) C'est là une des nombreuses applications de l'hydrothérapie que nous avons faites, dans notre service de Bicêtre, depuis 20 ans et à l'Institut médi-

ne se sont pas ulcérées comme les années précédentes; ses doigts se sont allongés et lui ont permis de tenir la plume.

Il fait l'addition et la soustraction sans retenues mais n'en comprend pas encore l'application. La parole est très améliorée, l'articulation est nette, il fait des phrases assez correctes, emploie à propos verbes et pronoms, mais ne converse pas volontiers. Ce n'est qu'au prix d'un effort qu'il répond aux questions qui lui sont posées. Il a de la mémoire et retient les leçons orales.

13° MILL.. (Émile), 10 ans. — *Idiotie complète.* — (*Compte-rendu* de 1900, p. XIII). Lorsque nous avons pris cet enfant en 1895, il était pâle, maladif, dormait continuellement et ne se réveillait que pour pleurer et se plaindre. Il parlait à peine, ne s'habillait pas seul, et n'avait aucune notion classique.

Il est resté stationnaire pendant les deux premières années qui ont suivi son entrée : ce n'est qu'en 1897 que l'intelligence a paru s'éveiller; il est devenu moins endormi et peu à peu a pris goût à la classe. Les progrès ont été très lents mais sans arrêt : notre malade s'est intéressé à la lecture grâce à nos *mots imprimés*, et enfin cette année, il passe à la lecture courante. L'écriture marche à peu près de pair et est devenue lisible.

Il fait des petits exercices de grammaire, distingue le genre et le nombre, sait faire l'addition, la soustraction, la multiplication, commence à calculer mentalement. — Mill.. aime beaucoup à rendre service et s'en acquitte bien. Il a de l'amour-propre, est très sensible aux reproches et aux compliments.

Trois autres enfants sont en bonne voie pour la *lecture* courante : Gava.. (Emile), Lero. (Maurice), Bea. (Charles).

Tous nos élèves signalés précédemment comme lisant couramment ont suivi une marche ascensionnelle, lente mais sans arrêt; leur travail classique se rapproche de plus en plus de celui des enfants normaux.

A mesure que l'intellect se développe, nous voyons généralement s'atténuer les mauvais instincts que nous déplorions au début, et chez certains d'entre eux, nous constatons même l'éclosion de quelques sentiments de loyauté, de bonté et de

co-pédagogique depuis 1893. Puisque l'occasion s'en offre nous rappellerons que depuis la même époque nous employons l'hydrothérapie pour les foulures, les entorses, les tumeurs hémorroïdales, etc.

désintéressement ; cela nous console des mauvais jours, en nous prouvant que, suivant l'opinion encourageante de M. Bourneville, quelque ingrat que paraisse le terrain, la bonne semence arrive souvent à germer et à porter des fruits.

Pour entretenir le zèle et l'émulation de nos élèves, nous avons plusieurs moyens d'encouragement. Presque chaque jour les enfants, dont la conduite et le travail ont été satisfaisants, reçoivent du dessert. Ils savent si bien que c'est une récompense et non un dû que, lorsque l'un d'eux a commis quelque méfait que nous ignorons, nous le voyons rien qu'à sa physionomie, au moment du partage : il a un air si piteux, si confus, qu'après information nous apprenons qu'en effet il n'a pas mérité de recevoir sa part.

Tous les samedis nos élèves passent à la *distribution des récompenses* et reçoivent chacun quelques sous pour leur travail manuel et classique. Le gain, quelque modeste qu'il soit, a pour eux un grand attrait : pour les plus jeunes, il représente une tasse de chocolat au lait le dimanche, une gourmandise quelconque ; pour les plus grands, il est mis à la caisse où chacun d'eux a un compte ouvert et apprend ainsi l'épargne, ils arrivent à former la somme nécessaire pour l'achat d'un objet convoité par eux.

A toutes les fêtes de l'année, je sors chez moi pour la journée, à titre de récompense, quelques enfants, choisissant de préférence ceux dont on n'a pas eu à se plaindre et qui, peu ou point visités par leurs familles, ne vont jamais en permission de sortie ou en congé.

Enfin pour clore l'année scolaire nous avons une *distribution des prix*. Notre classe, par l'initiative des enfants, se pavoise de guirlandes, de banderolles en papiers de couleurs et prend un air de fête. L'harmonium est descendu grâce à l'obligeance du professeur de chant, M. Sutter et, sous sa direction, nos enfants entonnent quelques chants joyeux qui apportent leur note de gaité à la cérémonie. Quelques parents sont invités et, devant eux, petits et grands récitent des fables, des monologues, etc.

Puis les nominations commencent à la grande joie de nos malades dont l'émotion est partagée par leurs familles qui tout en les couronnant essuient parfois une larme. Pour atténuer la tristesse de l'internement qui prive nos petits malades des joies de la famille, nous nous efforçons d'apporter un rayon de gaité dans leur vie et de leur procurer quelques fêtes familiales.

C'est ainsi que nous célébrons la St-Nicolas, le bonhomme Noël qui, la nuit, dépose des bonbons et des oranges dans les souliers bien cirés. Nous faisons un arbre de Noël et c'est plaisir de regarder toutes ces figures épanouies à la vue des lumières et des jouets.

Le 6 janvier, le pâtissier apporte la traditionnelle galette des rois et chacun de chercher le bébé ; et bien qu'en République de boire à la santé du roi. — A Pâques, la cloche en passant jette des œufs en sucre pour les enfants sages. D'autrefois, c'est la fête de l'une de nous que l'on souhaite et notre classe se couvre encore de guirlandes et de fleurs, tandis qu'un couvert se dresse aussi élégant que possible à la grande joie de nos petits invités qui, pendant longtemps, se rappellent le menu du goûter.

Chaque semaine nous faisons une promenade. Cet été une voiture de l'Administration nous a conduits à l'Exposition de l'enfance, une autre fois, nous avons passé la journée au bois de Clamart. Pendant les vacances, nous avons été faire un goûter champêtre au bois de Vincennes et une autre fois aux Buttes Chaumont par le chemin de fer de ceinture.

Nous avons tenu à donner en entier ce très intéressant rapport de Mme Bonnet, rapport que nous avons dû EXIGER en ce qui concerne la dernière partie. Ce qu'elle ne dit pas, c'est que récompenses, goûter, jouets, dépenses de promenades, etc., sont dûs à sa générosité seule, *sans aucune participation de l'Administration* de l'Assistance publique qui ignore ce qu'elle fait. L'Administration départementale, mieux au courant, lui a témoigné sa reconnaissance de ses admirables services.

*
* *

Il a été fait allusion dans les dernières notices sur les enfants de l'École complémentaire à l'emploi des MOTS IMPRIMÉS. Nous avons maintes fois donné des renseignements sur ce procédé, notamment dans le *Compte-rendu* de 1899 (p. LV-LVI). Nous croyons

utile d'y revenir aujourd'hui en citant des exemples de leur application.

Un enfant est atteint d'*idiotie complète,* c'est-à-dire qu'il ne marche pas, ne se sert pas de ses mains ; qu'il faut le faire manger, le laver, l'habiller ; il est gâteux, ne parle pas, ne sait même pas, par signes, exprimer ses besoins. Son attention est absolument nulle, il a des tics plus ou moins nombreux.

La *première période* du *traitement médico-pédagogique* consiste à lui enseigner à se tenir debout (balançoire-tremplin, barres parallèles, saut, chariot, etc.) et à lui apprendre à devenir propre.

La *seconde période* du *traitement médico-pédagogique* consiste à éveiller l'*attention* de l'enfant, à éduquer la *main* et le *sens du toucher*, puis le *sens de la vue*. C'est alors qu'on essaie, même l'enfant ne parlant pas, à lui faire désigner, — la nomination viendra plus tard, — les différentes *parties du corps*, de la *vêture*, des objets du *réfectoire*, du *dortoir*, de l'*école*, les *animaux*, etc.. Bien que l'enfant ne parle pas ou ne possède que quelques mots, ne connaisse pas les lettres, ne syllabe pas, nous l'exerçons à reconnaître les mots.

Exemple : au RÉFECTOIRE nous plaçons sur la table des cartons portant en gros caractères les mots *table*, *banc, assiette*, *verre*, *couteau*, *fourchette*, etc.. Nous exerçons l'enfant à désigner les objets et à mettre sur chacun d'eux le *mot imprimé* correspondant. Les enfants reconnaissent l'*image du mot,* comme ils reconnaissent l'image d'un chien, d'un chat, etc..

On procède de même pour les objets du *ciragier* où on leur apprend à brosser leurs vêtements et à cirer leurs chaussures : *brosse*, *brosser*, *cirage*, *cirer*, etc..

L'enfant marche, est devenu propre, en même temps

qu'on lui enseigne à reconnaître les objets, le nom de ces objets, on lui apprend à s'habiller, à se laver, à manger seul. Alors il n'a plus besoin d'aide, il entre en relation avec son milieu, il est préparé à l'éducation de la parole, apte à profiter de plus en plus des *leçons de choses*, puis à aborder l'*instruction primaire*. Enfin lorsque les notions de cette instruction primaire ont été acquises, l'âge et le développement physique venant, les enfants passent à la *grande école* (1).

*
* *

III. *Enfants propres et valides, imbéciles, arriérés, instables, pervers, épileptiques et hystériques ou non* (Grande école). — La population de cette école était de 166 enfants le 1er janvier 1901. Tous, sauf 14 qu ne peuvent travailler, ont fréquenté les ateliers par grande série. Treize possédant le *certificat d'études*, forment une division supérieure, ne vont à l'école qu'une demi-journée par semaine et restent, les autres jours, le matin et le soir à l'atelier. — Les enfants non pourvus du certificat d'études sont répartis en quatre classes (60,33, 39 et 34enfants). Aux examens du *certificat d'études* qui ont eu lieu à Villejuif, le 22 mars, quatre enfants ont, subi les épreuves avec succès (Delv.., Hesbér.., Léon.. Ra..) (2).

Cette année encore, nos instituteurs et leurs aides,

(1) Nous renvoyons pour tous les autres exercices, les détails sur la *leçon de toilette*, la *gymnastique* des *échelles*, des *ressorts*, etc., à nos rapports antérieurs. Rappelons seulement que nous envoyons les enfants les plus améliorés à la *grande gymnastique*, à la *fanfare*, à l'*orphéon*, aux *ateliers* pendant 15, 30 minutes, etc., afin de varier leurs occupations, d'améliorer l'éducation de leur main, de fixer davantage leur attention. Ce travail n'est pour ces enfants qu'un *moyen d'éducation*. Il est, en outre, pour les plus âgés, un moyen de traitement, de même que pour les *aliénés adultes*.

(2) A ce même examen, 7 infirmiers et 3 infirmières de l'École d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre ont également obtenu le certificat d'études.

ainsi que les sous-employées attachées aux écoles (section de Bicêtre et Fondation Vallée), afin d'être mieux en mesure d'améliorer la *prononciation* des enfants et de développer leur *parole* ont été envoyés successivement, par séries, au nombre d'une vingtaine, à l'*Institution Nationale des sourds-muets*. De plus, comme nous avons un certain nombre d'enfants *aveugles*, nos auxiliaires sont également allés, par séries, à l'*Institution Nationale des jeunes aveugles* et à l'*École Braille*, dépendant du département. Leur devoir est de profiter des *notions médico-pédagogique qu'ils acquièrent* dans ces visites pour nous seconder sérieusement dans le *traitement médico-pédagogique* des enfants de notre service. Aux instituteurs et institutrices à comprendre ce que nous faisons pour le développement de leur instruction pédagogique. A l'Administralion, d'en exiger l'application. Nous ne saurions trop remercier MM. Giraud, Péphau, Robin et Baldon de leur précieux concours.

* * *

Notre but, en procédant ainsi, est de perfectionner l'instruction pédagogique de nos collaborateurs et collaboratrices, de faire dans la mesure de nos relations ce qui devrait être fait pour tous les pédagogues d'enfants anormaux. Nous avons des idiots sourds et muets, des idiots aveugles, des idiots bègues, qui doivent profiter de l'instruction supplémentaire que nous essayons de procurer à notre personnel enseignant. Les pédagogues de chacun des groupes spéciaux d'enfants anormaux profiteraient, croyons-nous, de leur passage plus ou moins prolongé, dans les autres établissements d'anormaux. Un modique crédit sur le pari mutuel ou sur les fonds du ministère de l'intérieur permettrait la réalisation de cette modeste réforme. Jusqu'ici nos indications, à cet égard, ont passé inaperçues.

*
* *

Enseignement du chant. — Cet enseignement est fait par M. Eugène SUTTER, professeur de chant à l'Asile-école de Bicêtre. De même que les années précédentes, conformément à nos instructions, M. Sutter s'est occuppé successivement de *tous* les enfants. Il a divisé ceux de la *petite école*, de la *petite école complémentaire* et ceux de la *grande école* en trois sections. — Presque tous les enfants qui assistent aux visites du samedi et qui participent au chant savent lire leurs notes de musique.

En maintes circonstances et les samedis où nous avons des visiteurs, nous réunissons les *petites filles* de la Fondation Vallée avec les *garçons* de Bicêtre et nous les faisons chanter ensemble dans les chœurs. Cette réunion des enfants des deux sexes, que nous voudrions rendre plus fréquente, comme autrefois, n'a jamais eu d'inconvénient. Elle ne sourit pas à certains fonctionnaires parce qu'elle entraine pour eux une surveillance, que leur rôle administratif exige, mais dont ils préfèrent se dégager. — Le nombre des enfants qui prennent part à l'enseignement du chant était de 245 au commencement de l'année 1901 et de 260 à la fin de l'année.

Nous relèverons ici quelques observations faites par M. Sutter au point de vue de la *mue*. « Depuis 5 ans que j'observe l'étendue de la voix des malades qui me sont confiés, j'ai remarqué que chez les enfants arriérés, la *mue* est généralement tardive ; que, d'après la mue, il est facile de se rendre compte si le malade est onaniste ou non : dans le premier cas, en effet, l'étendue de la voix est limitée, la voix elle-même est voilée et le chant est très souvent difficile. Chez l'enfant idiot, en général, la voix est rauque, et d'une étendue très faible. Chez l'épileptique, sans idiotie, la voix, au contraire,

a une étendue normale et est juste. — Chez les épileptiques en déchéance, la voix est fausse, sans timbre défini. — Quant aux enfants soumis au traitement thyroïdien le timbre de leur voix s'est beaucoup amélioré au fur et à mesure de l'action du médicament. »

Fanfare et Orphéon.— La fanfare se compose de 24 exécutants et de 7 élèves. Elle est placée sous la direction de M. Sutter, professeur de chant. — Cette fanfare qui, l'an dernier, était en pleine réorganisation (1) a fait cette année de réels progrès. Parmi les jeunes musiciens, nous citerons Bezom..., Lestier..., Fanc... qui jouent la basse très convenablement. Lech... (alto), Herm..., atteint de cécité (saxophone ténor), Trip... (également atteint de cécité (saxophone alto), Méni... et Franc... (Bugle), Delv... et Opzom... (piston), Rob... (baryton) et Dup... (trombone), qui sont progressivement devenus de bons musiciens. A citer aussi le zèle des clairons et tambours qui jouent avec la fanfare dans les différents défilés. Les clairons sont au nombre de 5: Lévêch... Poitev..., Peuc... Sib... et un élève, Rém... Les deux tambours, Cuizin... et Bred..., savent convenablement faire leur partie; — 2 autres élèves tambour prendront bientôt place dans les rangs. Nous étonnerons même beaucoup de personnes en disant que la grosse caisse est tenue par l'enfant Bob..., atteint de surdi-mutité, qui malgré cette infirmité s'acquitte fort bien de ses fonctions.

Influence des sons musicaux sur les enfants arriérés et nerveux. — Il nous a éte permis de constater une fois de plus, dit M. Sutter, l'heureuse influence que parait exercer la musique sur les enfants idiots de toute catégorie. Il est rare, en effet, de voir un

(1) (Voir *Compte-rendu* de 1900, p. XIX.

enfant présenter des accès durant un concert ou une matinée : « l'esprit est occupé », le malade se réjouit et est charmé...

La musique produit sur l'ouïe des effets analogues, suivant les modes employés (mode majeur ou mineur), à ceux des couleurs pour la vue. C'est ainsi que le mode majeur a le don de provoquer une sorte de superactivité, comme la couleur rouge; et la mineure, au contraire, a le don d'apaiser les nerfs, de la même façon que la couleur bleue. D'autre part, certains instruments produisent égalemeut des effets incontestables.

L'orgue et l'harmonium sont les instruments les plus propres à ces sortes d'observations : c'est ainsi que, employant sur ces instruments la note mineure, on arrive à calmer les plus excités; tandis que pour les mélancoliques on a recours à la note majeure (aiguë et criarde) qui a le don de les sortir de leur torpeur.

Le procédé qui consiste à faire percevoir des sons musicaux par l'os frontal aux enfants atteints de surdi-mutité, produit des résultats surprenants. « J'ai eu comme élève, pour piano, ajoute M. Sutter, un enfant atteint de surdité incomplète. Le malade, au début, ne pouvait entendre ce qu'il exécutait sur l'instrument; j'ai eu alors recours à un système de transmission des sons musicaux très simple : Au moyen d'un bâton que je fais communiquer avec la table harmonique du piano, offrant une échancrure au niveau du couvercle du piano, afin que ce dernier puisse se fermer librement, le dit bâton se termine par une applique sur laquelle l'enfant appuie le front. Le cerveau enregistre immédiatement les vibrations de l'instrument et l'enfant qui, au début, était obligé de se servir de ce transmetteur pouvait, tout en jouant très *juste*, s'en passer au bout d'un an et demi de

pratique. On peut conclure de ces faits que, au moyen de la vibration des sons musicaux, on peut atténuer la surdité incomplète ou tout au moins en diminuer les inconvénients. »

Nous ajoutons que les résultats, obtenus par M. Sutter, facilitent la tâche de l'instituteur dans l'éducation proprement dite de l'oreille. L'enfant ayant maintenant la notion du *son* musical, est préparé à l'acquisition d'autres sons plus complexes, tels que la parole.

Enseignement du dessin. — Cet enseignement est fait par M. Dumont depuis le 15 avril 1901. Le matériel nécessaire est fabriqué au fur et à mesure par les enfants des ateliers de menuiserie et de serrurie. Les leçons ont lieu deux fois par semaine, le mercredi et le jeudi. Elles durent chacune une heure. Cet enseignement rend des services incontestables au point de vue de l'éducation de la main et de l'œil et est d'une utilité évidente pour les apprentis de plusieurs ateliers. Nous le désirerions non pas seulement pour les enfants les moins malades mais aussi pour ceux qui sont plus profondément atteints en suivant exactement les indications que nous avons fait formuler par Mme Bru dans l'*Alphabet du dessin*.

Gymnastique. — Il ne s'agit plus ici de la gymnastique avec la *balançoire-tremplin*, avec les *échelles de cordes*, les *ressorts*, etc., mais de la *gymnastique des mouvements d'ensemble* et aux *agrès*. Les exercices d'ensemble se font soit au *tambour*, soit avec la *fanfare*, soit avec accompagnement de *chants*, ou sont conduits avec l'*harmonium* (1). Les mouvements sont aussi variés que possible et chaque année notre dévoué professeur, M. Goy, en introduit

(1) Voir *Compte-rendu* de 1899, p. LIX.

de nouveaux. D'autres exercices ont lieu avec les haltères, les échelles convexes et horizontales, la barre fixe, les barres parallèles, le vindas, la balançoire brachiale, etc.

Mais, et nous ne cessons de le redire, nous donnons la préférence aux *exercices des mouvements* avec ou sans haltères, barres à sphères, etc. Parmi les agrès, nous préférons les échelles horizontales, et convexes, les barres parallèles, le mât horizontal. — Nous avons essayé de dresser un infirmier afin de remplacer le professeur en cas d'absence.

Société de gymnastique. — Les enfants faisant partie de cette société, au nombre de 24, ont pris part, sous la direction de leur maître, M. Goy, à un concours de gymnastique organisé par la commune du Kremlin-Bicêtre où ils ont obtenu une médaille de vermeil, une médaille d'argent et une palme de vermeil.

Escrime. — Cet exercice s'est fait régulièrement sous la direction de MM. Pelletier et Chevreau, prévôts au fort de Bicêtre. Ces militaires se sont acquittés avec beaucoup de zèle et de dévouement de leurs fonctions. 85 enfants participent, à des degrés divers, à cet exercice, que nous considérons comme secondaire par rapport aux autres *exercices physiques* (1).

Danse. — Les exercices de danse ont eu lieu régulièrement de midi à une heure sous la direction de M. Landosse, un de nos instituteurs. 130 enfants de la grande école et 15 de la petite école y prennent part ; sur ce nombre, 107 savent danser la polka, 9 connaissent la polka, la mazurka, et la scottish ; 22 connaissent le quadrille français et toutes

---

(1) Voir *Compte-rendu*, de 1899, p. LXIV à LXXVI.

les danses de coractères, et 6 de ces derniers ont commencé à apprendre le pas de quatre.

Musée scolaire. — Ce musée continue à servir aux *séances de projection,* aux *leçons* de *choses* et de *salle de lecture.* Il s'est notablement enrichi tant au point de vue de la *bibliothèque* qu'au point de vue des figures pour projections. — L'administration a acheté *avec des dons* (1), cette année, 17 volumes, ce qui porte à 592 le nombre des volumes de la *bibliothèque des enfants* Le 1er janvier 1901, le *nombre des vues* pour projections était de 1639, à la fin de l'année ce chiffre atteignait 1766 (75 ont été faites par M. Hubert, photographe de la maison et 52 ont été achetées par l'Administration). — Comme séries nouvelles, notons l'Égypte, l'Histoire de Paris, Petits métiers, la fécondation des plantes, les solanées, les tableaux du Louvre, M. Mesnard, notre *premier* instituteur, a montré une série de vues ayant trait à l'Exposition de 1900.

Grâce à ces collections qui se complètent de jour en jour, le service n'emprunte plus que très rarement des vues au *Musée pédagogique* ou à la *Ligue de l'enseignement.*

Ces vues servent aux conférences du jeudi, aux visites du samedi, aux cours d'anatomie et de physiologie des Écoles d'infirmières de Bicêtre et de la Pitié. Enfin tous les ans les internes du service s'en servent pour différentes conférences faites aux infirmiers et infirmières de l'hospice ; c'est ainsi que M. Morel, l'un de nos internes les plus dévoués, a fait au personnel une conférence très intéressante sur l'alcoolisme (série nouvelle).

Le *musée scolaire* s'est enrichi encore d'objets

(1) Commission de surveillance des asiles (30 fr.). Mme Jukowski, mère d'un de nos malades, a fait don de 37 petits volumes, dont plusieurs en double.

nouveaux offerts par M. Mesnard : coquillages, bois de différentes essences, pierres, cailloux offrant des formes particulières ou présentant l'empreinte de coquillages, d'étoiles de mer, etc.. — Une collection de graines a été commencée.

L'*enseignement par les projections* est très complexe. Il sert pour les enfants de toutes les catégories : 1° pour les enfants *idiots profonds* à fixer l'*attention* (images blanches ou colorées sur fond noir), à apprendre les *lettres* (grandes lettres noires sur fond blanc), pour l'éducation de la *parole* (syllabes simples ou répétées ou combinées); 2° Pour les idiots déjà un peu *améliorés*, à reconnaître les *objets*, les *animaux* (images graduées) ; 3° Pour les enfants imbéciles, arriéres et épileptiques, à faire tous les jeudis une conférence dont les séries de *vues* énumérées plus haut donnent une idée suffisante.

Dans les petites écoles et la grande école, on doit sans cesse s'occuper de la guérison des *tics*, des *manies*, s'opposer aux *pratiques solitaires*. Pour tous les enfants, et en particulier pour les *imbéciles intellectuels* avec impulsions et pour les *imbéciles moraux* à tous les degrés, nous avons recours au *traitement moral*, ou, pour employer le jargon à la mode, à la *suggestion* à l'état de veille. Tous nos efforts tendent à faire comprendre à nos auxiliaires, pédagogues et infirmiers, qu'ils ont affaire à des *enfants malades*, relevant du *traitement médico-pédagogique*, envers lesquels et comme *enfants*, et comme **malades**, ils doivent se montrer bienveillants et affectueux, et non pas à des enfants vicieux, dont la place, serait, disent certains administrateurs, plus à tort qu'à raison, dans les maisons de correction ou les prisons.

Voici quelques notes concernant les enfants de cette catégorie :

A. *Enfants de la 1re classe.*

1° RAP.. (Henri), 20 ans. — *Imbécillité, obésité, nanisme.* — S'est signalé par sa bonne conduite, son travail assidu en classe et a fait assez de progrès pour être présenté au certificat d'études qu'il a obtenu. L'amélioration acquise a permis de le faire passer aux vieillards où il se conduit très bien; il est très propre, très poli.

2° LÉON.. (Henri), 18 ans 1/2. — *Imbécillité, Épilepsie.* — Après une longue période de paresse, l'enfant s'est mis au travail, est devenu courageux, moins emporté, plus persévérant et a obtenu son certificat d'études ; il a été amélioré au point que sa famille a réclamé sa sortie.

3° DELV.. (Fernand), 17 ans. — *Arriération et Épilepsie.* — A obtenu le certificat d'études également cette année ; il travaille actuellement, sauf le mercredi, toute la journée à l'atelier de serrurie dont il est le meilleur apprenti. Parfois encore emporté envers ses camarades, il semble néanmoins mieux comprendre le prix d'une bonne conduite.

B. *Enfants de la 2me classe.*

4° OPZOOM.. (Lucien), 15 ans. — *Imbécillité et Épilepsie* (guérie) (1). — Cet enfant, passé de la petite à la grande école en septembre 1900. L'amélioration déjà obtenue a sensiblement augmenté. Au point de vue intellectuel, il a fait des progrès sensibles sur toutes les matières de l'enseignement : il fait peu de fautes dans ses dictées du cours élémentaire, il a appris à faire la division, fait même de petits problèmes sur les 3 premières opérations et est apte à comprendre et à retenir ce qu'il entend en histoire et en géographie. *En résumé*, OPZOO.. s'achemine vers la moyenne des *enfants normaux*.

5° RÉM.. (Alfred), 14 ans. — *Idiotie et Épilepsie.* — Cet enfant admis à la grande école (2me classe) en décembre 1901 a fait des progrès très sensibles depuis cette époque. A l'heure actuelle, il fait peu de fautes dans ses dictées, sait trouver le rôle des mots assez facilement pour lui permettre

(1) N'a plus d'accès depuis 5 ans.

de faire de petites analyses où il entre un sujet, un verbe et ses compléments; en arithmétique, il a appris les nombres décimaux et la division; il réussit souvent des problèmes sur les 3 premières opérations. RÉM.. est doué d'une bonne mémoire. Son caractère s'est amélioré; l'enfant est plus docile, moins répondeur. Il pourra passer prochainement en 1re classe.

6°. SAUZ.. (Eugène), 18 ans. — *Imbécillité, Hémiplégie droite et Épilepsie.* — A fait des progrès principalement en écriture et en orthographe. Cet enfant bien que gaucher, par suite de son hémiplégie droite, a une écriture régulière, à lettres bien formées, penchées dans le même sens, oe qui ne se rencontre guère que chez les personnes écrivant de la main droite. Il analyse de petites phrases renfermant un sujet, un verbe et ses compléments direct et indirect, en indiquant le rôle de chaque mot. Il fait aussi peu de fautes dans ses dictées de cours élémentaire.

7° DUPU.. (Charles), 16 ans. — *Arriération intellectuelle, incontinence nocturne d'urine.* — A fait des progrès principalement en arithmétique et en écriture. Il a appris cette année l'addition, la soustraction et la multiplication des nombres décimaux ainsi que la division par un chiffre. Il fait de petits problèmes sur les trois premières opérations. Les progrès en orthographe sont moins sensibles mais il y a néanmoins de l'amélioration à constater sur cette matière. La mémoire et l'intelligence sont sorties de l'état d'engourdissement où elles étaient depuis plusieurs années.

Les élèves de la 3ème classe dont les noms suivent sont ceux qui se sont le mieux appliqués et qui ont fait le plus de progrès au cours de l'année 1901.

8° GILLIA.. (Fernand), 12 ans. *Arriération* et *épilepsie.* — Application dans les devoirs écrits, progrès assez sensibles en lecture, calcul, grammaire, les connaissances usuelles se sont également développées.

9° HABSIÈG.. (Louis), 15 ans. *Imbécillité* et *épilepsie.* — Cet enfant s'applique dans la mesure du possible; progrès assez satisfaisants portant sur les conraissances usuelles.

10° MANTE. (Louis), 15 ans. *Imbécillité* et *épilepsie.* — Application dans les devoirs écrits; progrès assez sensibles

à tous les points de vue. Enfant docile et d'un bon caractère.

11° SAINT-LAMBE.. (Gaston), 18 ans. — *Imbécillité* et *épilepsie.* — Application sérieuse dans les devoirs écrits ; progrès assez sensibles en tout sauf en calcul ; il ne peut pas encore faire une soustraction sans se tromper. Bon élève ; très docile; bon caractère.

D. *Enfants de la* 4me *classe.*

12° MÉLA.. (Albert), 17 ans. — *Imbécillité, hémiplégie droite, épilepsie.* — Entré dans la section en octobre ne sachant rien. Lit maintenant quelqnes petites phrases; lira couramment sous peu. Est passé à la 2eme partie du syllabaire Regimbeau. A appris à bien faire l'addition, la soustraction et la multiplication. Fait verbalement le résumé de quelques petites leçons de choses sur les objets les plus usuels.

13° COUDEYR.. (Georges), 13 ans. — *Imbécillité.* Il est arrivé à lire à peu près couramment. Plus en retard pour le calcul, l'élève a fait cependant de sérieux progrès et fait bien l'addition et la soustraction, — L'écriture est bonne et assez régulière, bien que l'élève se serve de la *main gauche* pour écrire *(hémiplégie droite).* L'élève donne le nom des objets les plus usuels, leur forme, leur couleur, leur usage, le nom de l'ouvrier qui les a faits, etc.

14° BOURGE... (Emile), 13 ans. — *Imbécillité, épilepsie.* — Entré en mai 1901 à la grande école, ne sachant pas syllaber. Est arrivé à lire à peu près couramment dans le syllabaire Régimbeau. En calcul les progrès sont plus lents et il n'est parvenu à bien faire que l'addition et la soustraction. Il possède quelques notions sur les objets d'un usage courant et sait faire verbalement quelques petits résumés sur les leçons de choses faites dans les jardins.

15° FRANÇO.. (Eugène), 17 ans 1|2. — *Idiotie aux impulsions violentes.* — Il continue à faire des progrès en lecture et en calcul. Sa mauvaise articulation de l'*s* et du *ch* l'a beaucoup retardé pour lire couramment. Il est cependant passé à la 2e partie du Syllabaire Regimbeau. Il continue à bien faire l'addition, la soustraction et la multiplication. L'écriture s'est bien améliorée et l'éléve fait bien les exercices de copie.

Nous pourrions multiplier beaucoup ces petites notices sur les enfants améliorés. Celles qui précèdent nous paraissent suffire à témoigner des efforts faits par tous pour améliorer les enfants qui nous sont confiés.

*
* *

Aux *exercices pédagogiques* proprement dits, avec *leçons de choses* faites dans les classes, dans les promenades, au musée scolaire (projections, etc.), dans les jardins de la section où les arbres, les arbustes, les plantes portent des étiquettes nominatives, s'ajoutent le *travail manuel* dans les ateliers, les *exercices physiques :* gymnastique variée, danse, escrime, jeux divers.

Cet ensemble de procédés constitue notre méthode de traitement médico-pédagogique. Nos visiteurs du samedi nous ont toujours paru l'apprécier d'une manière favorable : la relation de leurs visites publiée dans les journaux scientifiques ou autres en est la preuve. Ce n'est pas toutefois qu'il ne se soit produit des critiques, non point de la part des médecins, mais de la part de quelques conseillers, sans doute mal renseignés, qui ont manifesté une certaine hostilité contre l'organisation que nous avons créée en faveur des enfants idiots, alors que les enfants normaux ne disposaient pas d'avantages semblables. Loin de nous aider à mieux faire, ils auraient volontiers demandé la réduction de nos moyens d'action. A leurs yeux, nous avons trop fait pour de tels enfants. Leurs visites à l'asile-école de Bicêtre devrait, au contraire, les inciter à introduire progressivement dans les écoles primaires les procédés qui composent notre méthode. Pourquoi les arbres, les arbustes,

les fleurs de nos squares, de nos jardins publics ne sont-ils pas dénommés comme dans les jardins de notre service, et comme cela existe dans quelques pays de l'étranger et même dans quelques villes de France? Pourquoi les exercices de gymnastique, de chant, laissent-ils tant à désirer dans nos établissements d'enseignement? Pourquoi les instituteurs et les institutrices ne multiplient-ils pas les *leçons de choses?* Pourquoi, ainsi que nous l'avons proposé il y a plus de 25 ans, n'utilise-t-on pas les richesses du Muséum d'histoire naturelle (1)?

*
* *

En dehors des heures de classe, de gymnastique, de chant, de dessin, de danse, d'escrime, d'atelier, nous avons toujours essayé de faire participer les enfants aux corvées de tout genre : salubrité, nettoyage des bains, des classes, du musée scolaire, des cours, des ateliers. Il est certain que si *tout* le personnel nous secondait à cet égard, notre service serait d'une propreté irréprochable dans la mesure que comporte le défaut d'entretien des bâtiments.

Des enfants accompagnent les infirmiers à la cuisine, à la lingerie, à la buanderie, aident à apporter non seulement leurs aliments, mais aussi ceux des sous-employés qui peuvent ainsi rester dans le service au lieu de perdre du temps dans les services généraux. Si dans ces courses les infirmiers et les infirmières répondaient à nos désirs, il y aurait matière à des *leçons de choses*. En tout cas, c'est une distraction pour les enfants qui se sentent plus libres.

Quelques enfants, avec notre autorisation, et de bonne volonté, rendent de petits services aux sous-

(1) Voir page LXXV le texte de la proposition que nous avons déposée le 8 août 1876 au Conseil municipal.

employés, montent du charbon, de l'eau — en particulier dans les logements des ateliers puisque, malgré nos réclamations, il n'y a pas de prise d'eau au second étage. Ils en sont récompensés par de modiques allocations. Les en priver les affligerait et les priverait du plaisir de se rendre utiles aux personnes qui leur sont dévouées.

Plus les enfants sont occupés, plus leurs occupations sont variées, plus leur physique, leur moral et leur intelligence en profitent, moins il y a de querelles, de rixes et de pratiques solitaires ou autres plus graves.

*
* *

Promenades et distractions. — Les enfants de la *grande* et ceux de la *petite écoles*, qui sont propres, ont continué, comme les années précédentes, à faire des promenades soit à Paris, soit aux environs de l'hospice. Dans ces promenades, les instituteurs et les institutrices DOIVENT donner des *leçons de choses* et exercer les enfants aux différents jeux en plein air (jeu de balles, de ballon, etc.) Voici l'énumération des principaux endroits où ils sont allés en promenade cette année : Arcueil-Cachan, Créteil, bois de Gournay, Gentilly, Ivry, jardin d'Acclimatation (1), jardin des Plantes, jardin du Luxembourg, musée de Cluny, parc de Montsouris, Robinson, Villejuif, Vitry. Ils ont également visité la fête du Lion de Belfort, de la place d'Italie, la Foire aux pains d'épices, etc. — Les enfants de la petite et de la grande écoles ont été conduits, par groupe, à l'*Exposition de « l'Enfance à travers*

---

(1) Nous adressons à M. PORTE, directeur de ce bel établissement, tous nos remerciements pour la bonne grâce qu'il met chaque année, sur notre demande, à *autoriser* nos enfants et les petites filles de la Salpêtrière à visiter le Jardin d'Acclimatation.

les âges », où les différents procédés en usage dans le service, ainsi que les objets fabriqués par les enfants étaient exposés : Nous avons pu faire là l'exposition complète que M. Napias avait rendue impossible à l'Exposition universelle de 1900.

Les *distractions* ont été aussi nombreuses cette année que les années précédentes. Notons la distribution des jouets du jour de l'an, donnés par l'Administration; les déguisements du *Mardi-Gras* et de la *Mi-Carême* (1), la distribution des jouets de Noël, offerts par la société du « *Joyeux Noël* ». Nous adressons à cette société tous nos remerciements. — A citer aussi le concert organisé par le « Comité des frères Lionnet » auquel, comme les années précédentes, les artistes des principaux théâtres et concerts de Paris ont prêté leur concours. Tous les enfants valides de Bicêtre et de la Fondation Vallée y ont assisté. — Signalons enfin, organisés par les enfants, une grande tombola suivie de bal, et un concert suivi d'une piécette. Cette dernière a été fort bien réussie grâce au concours de M. MOREL, interne du service. Les familles assistent aux fêtes organisées par les enfants.

Les enfants ont encore bénéficié de plusieurs représentations gratuites dans les divers cirques et théâtres installés à la fête du Lion de Belfort, à la Place d'Italie et sur l'avenue de Bicêtre. — Les jardiniers sont allés avec leur maître, M. V. MESNARD, à l'*Exposition de chrysanthèmes* et à l'*Exposition d'horticulture*. Les *imprimeurs*, sous la conduite de leur maître, M. MARÉCHALLAT, ont visité dans tous ses détails l'école Estienne.

Jusqu'ici nous nous sommes contenté de citer les fêtes diverses organisées par les enfants avec le concours des maîtres, des surveillants, sous-surveillants des deux sexes et des infirmières. Il en a été ainsi depuis 20 ans. Nous croyons utile de donner cette

année quelques explications sur les fêtes du *Mardi-Gras* et de la *Mi-Carême*.

Les enfants forment trois groupes : un de la grande école (19 déguisés), un de la petite école (43 déguisés), un de la petite école complémentaire (20 déguisés). Les costumes sont devenus de plus en plus nombreux depuis le début en 1883. C'est le personnel qui contribue surtout à l'achat des étoffes et à la confection des costumes. De plus, un certain nombre d'enfants donnent une cotisation annuelle variant de 50 centimes à un franc. On achète des fleurs, vendues aux familles qui assistent à ces fêtes. On vend les brioches que fournit l'Administration. On installe un petit buffet où l'on vend des sirops. On fait une quête. A toutes ces petites ressources s'ajoutent quelques dons. Les dépenses pour les trois groupes de l'Asile-école se sont élevées à 84 fr. 95, les recettes à 93 fr. 20. Dans la matinée, les enfants, précédés de la fanfare, font une promenade dans les sections d'aliénés et dans les cours de l'hospice. Dans l'après-midi ils s'amusent à danser.

Caisse d'épargne. — Elle est confiée au premier de nos instituteurs, M. Mesnard. Les recettes ont été, pour l'année, de 156 fr. 35. Le total général des sommes recueillies depuis 1892 s'élève à 2.112 fr. 65.

Visites. — Les enfants ont reçu 14.068 visites ; les visiteurs ont été au nombre de 8.129. Voici la statistique des *permissions de sortie* et des *congés* :

Permission de sortie d'un jour............	169
— — de 2 jours...........	145
Congés de 3 jours.......................	56
— 4 —	2
— 5 —	496
— 8 —	35
— 15 —	6
— 1 mois.......................	1
Total............	910

Nous n'insisterons pas sur les nombreux avantages des *visites des familles,* des *permissions de sortie* pour la journée et des *congés*. Nous nous bornerons à répéter ce que nous avons dit bien des fois : « Ajoutés aux *promenades* et aux *distractions*, ces *sorties,* ces *congés*, qui n'offrent aucun inconvénient et qui font réaliser des *économies notables* (1), nous fournissent un excellent moyen de maintenir la discipline et d'encourager les enfants. Ils rendent le séjour à l'asile-école plus supportable et contribuent à maintenir les liens entre les familles et leurs enfants. »

Les visites des familles au parloir ne sont pas suffisamment surveillées. Trop souvent les parents ne se gênent pas pour introduire des aliments, du vin et des liqueurs qu'ils font absorber en quantité exagérée aux malades. De là des accidents auxquels il faut remédier et une augmentation des accès épileptiques. De plus les parents donnent de l'argent aux enfants, autre abus qui est une source d'ennuis pour tout le monde : rixes, vols, trafics, etc... Nous signalons encore une fois à l'Administration la nécessité de remédier à tous ces abus regrettables (2).

Vaccination et revaccination. — Nous avons continué, pratique qui remonte à 1880, la vaccination et la revaccination de tous les malades entrés durant l'année et des enfants dont la revaccination remonte à 6 ou 7 ans. Comme d'habitude, cette opération a été faite par les élèves de l'École d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre, sous notre direction et celle

(1) Il n'y a pas eu moins de 3.115 journées d'absence d'enfants ; le prix de journée étant de 2 fr. 20, il s'ensuit une *économie pour l'Assistance publique* de 6.853 fr., qui devraient être appliqués à l'entretien des bâtiments qui sont dans un état de plus en plus déplorable.

(2) Les visites ont lieu le jeudi et le dimanche de midi à 4 heures, il conviendrait de les réduire de midi à 2 heures, ce qui permettrait de faire faire ensuite une promenade aux enfants.

de nos internes, avec le concours de la sous-surveillante, Mme Bohain. Elles ont été au nombre de 184. 11 infirmiers ou infirmières seulement ont consenti à se faire revacciner. Parmi les malades 10 cas ont été couronnés de succès.

Service dentaire. — M. le Dr Dumont qui a remplacé M. le Dr Bouvet, comme dentiste, le 1er juillet, est venu chaque semaine donner des soins à nos malades au point de vue de la dentition et de l'hygiène de la bouche. M. le Dr Dumont, qui prend ses notes avec beaucoup de soin, nous incite à rappeler qu'en faisant instituer ce service dentaire, notre but était de remédier aux nombreuses défectuosités de la dentition chez nos enfants et aussi d'avoir, chaque année, une note, prise par un *homme compétent*, sur la *dentition de tous les enfants* (1).

Bains et hydrothérapie. — Les bains et les douches, joints à la gymnastique, à l'emploi des bromures, surtout de l'élixir polybromuré (formule Yvon), du bromure de camphre (préparations du Dr Clin), plus actif et plus absorbable que les autres préparations similaires qui nous ont été fournies par l'Administration, et des médicaments antiscrofuleux, ont continué comme par le passé à être, avec les purgatifs, surtout chez les épileptiques, la base du traitement en 1901. Nous avons, de plus, essayé de nouveau l'*adonis vernalis* et les *pilules de Méglin*, mais sans

(1) Ayant constaté l'absence complète de l'enseignement de l'art dentaire à la Faculté de médecine et l'insuffisance ou les dangers de la pratique de l'art dentaire aux consultations des hôpitaux, sauf à la consultation de l'hôpital des Enfants-malades, nous avons entrepris dans le *Mouvement médical* (1875) une campagne pour l'organisation d'un enseignement sérieux. C'est pourquoi nous avons obtenu en 1880 la nomination d'un médecin dentiste pour les sections d'enfants idiots de Bicêtre et de la Salpêtrière, création qui a été le point de départ de l'organisation actuelle des services dentaires des hôpitaux.

résultats appréciables. — Il a été donné dans le cours de l'année 12.278 *bains*, ainsi répartis (1) :

Bains	simples	10.101
—	salés	762
—	amidonnés	395
—	alcalins	314
—	au personnel	706
		12.278

Ces chiffres se passent de commentaires. Nous faisons le vœu, dans l'intérêt des enfants, que l'Administration se préoccupe sérieusement de prendre les mesures nécessaires pour assurer le fonctionnement régulier de cette partie si importante du service (2).

Nous avons eu recours aussi, comme les années précédentes, avec des résultats incontestables, à la *médication thyroïdienne* chez treize malades, idiots nains ou obèses.

Les *bains*, les *douches* et les *purgatifs* contribuent, chez les *épileptiques*, à assurer le bon fonctionnement de la peau et des intestins, à diminuer les éruptions bromiques, à atténuer la dénutrition et les affections cutanées dues au bromure. C'est là, nous

(1) Le nombre des bains et des douches est bien inférieur aux chiffres des années précédentes. Cela tient à plusieurs raisons : réparations nombreuses à la chaudière qui, en fin de compte, a été remplacée par une chaudière neuve, placée dans le sous-sol des bains ; au manque d'eau ; enfin au manque d'alèzes.

A l'appui des réclamations nombreuses que nous avons adressées à l'Administration de l'hospice, voici une statistique qui, croyons-nous, en prouve le bien fondé. Les chiffres indiqués dans la colonne « bains » ou « douches » sont les jours où pour une cause indiquée dans la colonne « observations » ces différents traitements n'ont pas été appliqués (Voir p. XL).

(2) Depuis plusieurs années, l'Administration sur les conseils de fonctionnaires incompétents, a substitué des alèzes de *coton* aux alèzes de *toile*. A toutes les visites des Commissions, nous avons protesté contre cette substitution fâcheuse. En effet, les alèzes de coton *essuient mal*, s'usent vite et ne peuvent plus être d'aucun usage, tandis que les alèzes de toile *essuient bien* et lorsqu'elles sont hors d'usage pour les douches, peuvent être encore utilisées.

Mois.	Bains.	Douches.	Observations.	Totaux des jours — Bains.	Totaux des jours — Douch.
Janvier	1.5.6.7.8...........	10 au 19............	Température trop basse. Réparation à la conduite d'eau.	5	10
Février	15.16.17............	2.5.10.11.13.14.18.19 20.21.22 et 24.......	Manque de température. Manque d'alèzes.	3	13
Mars	»	»	»	»	»
Avril	du 3 au 19 et du 25 au 30..................	du 17 au 27.........	Chaudière en réparation. Manque d'alèzes.	21	10
Mai...........	1 au 16............	4.11.17.18.19.20.21.. 22.23............... 6.7.12.13.25.30......	Chaudière en réparation. Manque d'eau. Manque d'alèzes.	15	15
Juin	du 11 au 25..........	3.5.10.24 et 28....	Chaudière en réparation. Manque d'alèzes.	14	5
Juillet.........	»	6.11.21.22.24.25.....	Manque d'alèzes.	»	6
Août	1 au 23.............	26 et 27............	Changement de chaudière. Manque d'eau.	23	2
Septembre	»	»	»	»	»
Octobre.......	14 et 25............	15.17.18.24..........	Manque d'alèzes.	2	4
Novembre	4 et 20..............	5.6.7.17.18.21 et 25.	Manque d'alèzes.	2	7
Décembre	»	»	»	»	»
			Totaux	85	72

le répétons, une pratique qui remonte à une vingtaine d'années.

Améliorations diverses. — Le traitement de M. CAMAILHAC, instituteur, a été porté de 1.800 fr. à 2,100 fr. — Nomination de M. DUMONT à l'emploi de professeur de dessin (par arrêté préfectoral du 6 avril). — Mme MALENÇON, suppléante au pavillon Séguin (gâteux), a été nommée sous-surveillante sur place; Mmes GRISARD, ACARD et HUGUET, premières infirmières, ont été nommées suppléantes, les deux premières sur place, la dernière à l'hospice de Brévannes.

Au nombre des améliorations diverses, nous citerons encore la pose, dans les réfectoires de la petite et de la grande école, de bouches de chaleur, sur les côtés latéraux, en remplacement de celles, existant auparavant, qui se trouvaient au milieu des réfectoires et gênaient le nettoyage. — Signalons enfin le remplacement de la chaudière des bains (1).

Visites du service. — La section a été visitée en 1901 par : M. le Dr Bruel, de Paris ; — Dr Bayvel, médecin-major au 102e régiment d'Infanterie ; — Melle Blum, artiste dramatique, étudiante en médecine, de Paris ; Dr Baud, médecin consultant, à Divonne-les-Bains (Ain) ; — M. Léon Bourgeois, député et son fils ; — M. Gustave Boyer, interne à l'asile d'aliénés de Montauban ; — Dr Beresford, de Londres ; — M. J. Casanova, du journal « *Le Soir* ». — M. Ciganda Evaristo, consul général de l'Uruguay ; — Melle Corbin, institutrice à l'hospice de la Salpêtrière ; — Melle Laure

(1) Nous avons réclamé depuis longtemps la constitution d'un *trousseau* pour chaque enfant et des *serviettes de table*. L'Administration, faute de ressources sans doute, n'a pu jusqu'ici nous donner satisfaction.

Cariou, journaliste à « la *Réforme* », de Bruxelles; — Mlle del Campillo de Perdriel, docteur en médecine (République Argentine) ; — Dr Charlier, de Vervins (Belgique) ; — M. Carton, interne de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise) ; — Dr Chevastelon, de Paris ; — Dr de Dorrégo, de Buénos-Ayres ; — M. Deminy, professeur au Lycée Henri IV (de Paris) ; — M. Duplay, étudiant en médecine, à Paris ; — Mlle E. Devaux, directrice de l'école des enfants à l'asile d'aliénés de Saint-Yon ; — M. Dusouchet, professeur au Lycée Henri IV, de Paris ;

M. le Dr Delger Bonaventure, ancien interne de l'hôpital de la Charité de Montevidéo, de Paris ; — Dr Isatel de Egaren, de Buénos-Ayres ; — Dr Fenald ; — Dr Fukuhara, secrétaire au ministère de l'Instruction publique du Japon ; — M. Gasquet, ingénieur, à Paris ; — Dr Goransson, médecin adjoint à l'asile d'aliénés d'Upsala (Suède) ; — Dr Georgandas, de Paris ; — Mlle Guineva, étudiante en médecine à Montpellier ; — Mlle Karen Gundel, diplômée du Conseil Royal de médecine de Stockholm, attachée au service orthopédique du professeur Kirmisson à l'hôpital Trousseau ; — Mlle Corner, de Londres ; — M. Higoutchi, professeur à l'École normale supérieure de Tokio ; — Mme Kauffmann, secrétaire de la « *Solidarité des Femmes* » ; — M. Kavada, correspondant du journal japonais « *Jimmin* » ; — M. le Dr Kobayaski de Hikone (Japon). — M. Klein, externe des hôpitaux, de Paris ; — M. J. Liouville, étudiant en médecine, de Paris. — Dr de Lébédev, de l'hôpital militaire Saint-Nicolas, à Saint-Pétersbourg ; — Dr Ley, médecin de l'école d'enseignement spécial à Anvers ; — M. Menier, de Paris ; — Mme Modena, Dr en médecine à Milan ; — Mme Maroger et son fils, de Paris ; — M. le Dr et Mme Georges Martin, de Paris ; — Mme de Mouy, de Paris ; — M. le Dr Matyas, de Budapest ; — M. le Dr Muralt, pri-

vat-docent, de Zurich ; — M. Mednicaroff, étudiant en médecine à Montpellier ; — M. le Dr Pouey, professeur à la faculté de médecine de Montevidéo ; — M. Pareur, interne en médecine, du Hâvre. — Mme Pidoux, de Paris ; — Melle Patoueille, institutrice à l'hospice de la Salpêtrière ; — Dr Pineles, privat-docent, de Vienne ; — M. Paul Passy, directeur adjoint à l'école des Hautes Études, de Paris ; — Dr Rubrah, de Baltimore ; — Dr Rologis, de Paris ; — Dr Royën, de Paris ; — Dr Frey Svenson, médecin à l'asile d'aliénés de Kristinehamn (Suède) ; — Dr Séguinaud, médecin-major au 104e régiment d'infanterie ; — Mlle Simonsen, de Copenhague ; — M. Tagrine, publiciste, de Paris. — M. le Dr Terrien, de Nantes ; — Mme de Vassilicos, déléguée du Gouvernement de la République argentine pour études des écoles pratiques ; — Dr Vitek, de Prague ; — Dr Zakaroff, médecin en chef de la colonie familiale des aliénés, de Balakna. — Enfin, de même que les années précédentes, la *Commission de surveillance des asiles de la Seine* et celle du *Conseil général* ont visité le service dans le courant de l'année.

*
* *

Nous consacrons d'habitude la matinée du *samedi* à recevoir les visiteurs. Presque tous ceux dont nous venons de citer les noms sont venus ce jour-là. Nous convoquons, à leur intention, les professeurs de chant, de gymnastique, de danse et parfois les maîtres d'escrime, dont les heures de leçon ne coïncident pas avec l'heure de notre visite. En leur demandant ce déplacement et en nous imposant la fatigue très grande de montrer non seulement l'organisation du service des enfants, mais encore son *fonctionnement médico-pédagogique* dans tous ses détails, notre but

est de faire comprendre aux visiteurs l'importance de l'œuvre que nous avons pu réaliser naguère, avec l'appui du Conseil municipal (1882-90), de fournir à beaucoup d'entre eux les arguments qui militent en faveur de l'*hospitalisation* et de l'*éducation* de cette catégorie d'enfants anormaux et les convaincre de la possibilité de les améliorer et même de les guérir par l'application régulière, méthodique et prolongée du *traitement médico-pédagogique.* Les visites faites dans la journée, en dehors de nous, ne permettent pas d'avoir une idée exacte de ce qui se fait dans le service. On a une idée des bâtiments mais non du traitement médico-pédagogique.

*
* *

Nous nous efforcerons de maintenir ces visites du *samedi* afin d'expliquer aux visiteurs, la plupart médecins étrangers, l'organisation que nous avons créée en dépit des obstacles dressés sans cesse devant nous, pour nous décourager ; afin de les mettre ainsi en mesure de fonder dans leurs pays, s'ils en sont dépourvus, des asiles-écoles semblables. Si, nous disparu, notre œuvre périclite ou disparait en France, comme a disparu tout ce que Leuret et Séguin avaient organisé, car nous ne nous faisons pas d'illusion sur l'absence de conviction administrative, nous avons le ferme espoir qu'elle sera continuée, développée, perfectionnée dans les autres pays. Notre plaidoyer en faveur de ceux qui ne peuvent plaider pour eux-mêmes, n'aura pas été stérile.

*
* *

Musée pathologique. — Ce musée s'est notablement enrichi en 1901, ainsi que le montre le tableau suivant.

Comme les années précédentes, nous avons continué à reprendre dans le cimetière de la commune de Gentilly, lors du relèvement des corps de nos malades décédés cinq ans auparavant, les *crânes* et les *squelettes* entiers, quand il s'agit d'*hémiplégiques* ou de malades dont le squelette présente des particularités. C'est cette pratique qui explique l'enrichissement rapide de notre musée depuis l'année 1887 (1).

Bustes en plâtres...........................	578
Plâtres divers...............................	51
Squelettes entiers...........................	63
Squelettes de la tête........................	240
Calottes craniennes..........................	326
Cerveaux d'idiots et d'épileptiques (enfants et adultes)................................	455

Le musée reçoit en outre toutes les *photographies* des malades décédés, leurs *observations* reliées chaque année, qui forment actuellement 27 volumes, les *photographies* des *cerveaux* qui composent 11 volumineux *albums*, les *cahiers scolaires* que nous avons institués dès 1880, c'est-à-dire 7 ans avant leur introduction dans les écoles publiques. Les visiteurs peuvent, au moyen du *Catalogue* que nous avons refait nous-même pour les années 1879 à 1901, avoir tous les renseignements désirables sur les pièces anatomo-pathologiques du musée.

II.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL.

Cet enseignement a été dirigé en 1901, de même

(1) Autorisation de M. Gragnon, préfet de police, en date du 7 février 1887.

que les années précédentes, par MM. Leroy pour la *menuiserie* (1882-1901), Allène pour la *couture* (1883-1901), Dumoulin pour la cordonnerie (1888-1901), Morin pour la *vannerie*, le *paillage* et le *canage des chaises* (1889-1901), Maréchallat pour l'*imprimerie* (1889-1901), Gaie pour la *serrurerie* (1895-1901), Mesnard pour le *jardinage* (1896-1901), M. Mercier qui était chef de l'atelier de *brosserie* a pris sa retraite le 1er janvier et a été remplacé le 10 du même mois par M. Ganif (1)

De même aussi que les autres années, nous n'avons qu'à les féliciter tous, non seulement pour le zèle et l'intelligence qu'ils apportent chaque jour à donner l'*instruction professionnelle* aux enfants, mais encore pour la bonne direction morale qu'ils savent leur imprimer. Le tableau suivant met en évidence les résultats obtenus par eux en 1901 et qui se chiffrent par 29.792 fr.

Les travaux de *jardinage* seuls ne sont pas évalués, et comme nous l'avons souvent écrit, bien qu'il soit difficile d'en faire une estimation précise, nous croyons que l'Administration aurait intérêt à essayer d'en avoir tout au moins une *évaluation approximative*. Les sept maîtres, non compris le jardinier, dont le travail de ses apprentis et le sien dépassent assurément le salaire — sont payés à raison de 6 fr. 50 par jour, soit pour l'année 16.607 fr. 50.

Le Travail des enfants, évalué par l'économe,

(1) Chaque fois que nous avons un nouveau chef d'atelier nous insistons pour qu'il suive les cours de l'École d'infirmiers. En contact avec des malades sujets à des chutes, à des impulsions, etc., il est nécessaire qu'il soit en mesure de leur venir en aide *de suite* et comprenne qu'il a affaire à des malades. MM. Ganif et Mesnard ont compris cette nécessité et suivent les cours. Il devrait en être de même pour *tout le personnel* en rapport avec les malades.

ATELIERS.	DATE DE L'OUVERTURE	1895		1896		1897		1898		1899		1900		1901	
		Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 déc.	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre
Menuiserie ..	16 sept. 1883	19	5108 40	24	5008 60	24	5112 »	20	5147 70	29	4405 »	25	4395 50	20	4147 »
Serrurerie ...	16 janv. 1884	12	3987 »	12	4079 50	14	3806 »	15	3844 »	12	3849 »	12	3726 »	16	4039 »
Vannerie	20 oct. 1884	17	2253 25	13	2121 70	12	2070 35	15	2301 55	14	2559 40	16	2014 95	16	1904 65
Rempaillage	16 janv. 1885	6	255 20	4	230 05	2	203 »	2	179 25	4	465 45	5	386 »	5	342 50
Couture	8 oct. 1883	54	4489 90	52	5441 55	51	6226 »	47	4701 25	40	4393 50	32	4004 70	34	4035 10
Cordonnerie .	8 oct. 1883	34	4062 25	32	4032 25	28	3545 50	27	3724 75	32	3520 25	21	3568 »	18	2948 »
Brosserie ...	26 nov. 1888	14	6407 50	8	4357 10	10	4842 60	8	4842 30	8	4020 65	8	3410 72	7	5152 85
Imprimerie .	8 juin 1889	12	5430 »	10	4802 »	9	5438 45	10	4569 60	8	5901 25	10	5777 80	8	7223 85
	Totaux	168	31993 50	159	30072 75	150	31243 90	144	29310 40	147	29114 50	129	27283 67	124	29792 95

ANNÉES	Nombre d'apprentis	Travail évalué	ANNÉES	Nombre d'apprentis	Travail évalué
1884	91	13.775 »	1889	187	21.752 20
1885	107	16.074 »	1890	187	29.932 60
1886	159	17.876 »	1891	162	31.762 75
1887	197	18.107 »	1892	192	34.242 35
1888	184	21.254 »	1893	198	33.666 25

1894........... 175 apprentis. Travail évalué........... 27.588 fr. 50

Produits fabriqués dans les ateliers en 1901.

BROSSERIE.

8.968 brosses en tous genres (dont 6.940 pour le Magasin Central des hôpitaux.)

VANNERIE.

227 mannes neuves fabriquées (dont 40 pour le Magasin Central), 270 mannes réparées, 195 chaises cannées et rempaillées.

COUTURE.

498 pantalons, 472 vestons, 463 gilets, 164 robes, 160 maillots.

MENUISERIE.

2 coffres-banquettes, Armoires, Bureau, 4 casses d'imprimerie ; objets servant à l'Enseignement pour l'Exposition de l'enfance à travers les âges, coffres des salles et classes, fait toutes les réparations des jeux, portes, bancs, etc., croisées et parquet du gymnase, tout le travail neuf fixe du service, cloison, porte vitrée avec petits carreaux pour le sous-sol de l'infirmerie, la chambre noire au Musée pour la photographie, etc., etc.

SERRURERIE.

80 porte-vases pour chaises de gâteux, 220 ferrures et charnières, réparations de fauteuils en fer. — 330 objets en bois faits au tour : pieds de meubles, pieds de table, poignées boules, cylindres, cônes, etc. — Ferrage de tous les meubles, échelles, coffres divers, tonneaux, boîtes, etc., confectionnés par la menuiserie. — Fait toutes les réparations journalières du service.

CORDONNERIE.

572 paires de chaussures neuves, 640 ressemelages.

IMPRIMERIE.

Compte-rendu du service de l'année. — Ordres du jour des Commissions. — Recueil de chants (1re partie). — Affiches diverses. — Entêtes de lettres, registres et tableaux divers pour la Direction et l'Economat. Circulaires pour le bureau de la 5me ; demandes de tabac, Palmarès, relevés de points, présences, etc., pour les Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières. Feuilles d'alphabet, etc., pour les Ecoles de Bicêtre et de la Fondation Vallée. — Travaux divers pour les hôpitaux et hospices : Boucicaut, Bicêtre, Maison de santé, Saint-Louis, Salpêtrière. — Travaux pour la Société des Sous-employés de l'Assistance publique et la Société amicale des Employés de l'Assistance publique : affiches, cartes, procès-verbaux, compte-rendu, feuilles d'admission, carnet de bal, fiches, Catalogue général de l'Exposition de l'enfance à travers les âges de 1901, Société de patronage, etc., etc.

M. MAUPRÉ, et par l'architecte, M. DELAHAYE, *couvre* donc : 1° la *dépense occasionnée* par le SALAIRE DE LEURS MAITRES ; 2° l'*intérêt* à 4 °/₀, taux légal, du capital employé pour la construction des ateliers (210.000 francs), soit 8.400 fr. ; 3° les *gratifications* hebdomadaires données aux enfants, le samedi, à titre de récompense variant de 5 à 50 cent. par semaine et qui s'élèvent à 1.560 francs pour toute l'année. De plus, il y a un bénéfice de 3.225 fr. qui vient atténuer les dépenses d'entretien des enfants. Cette somme, comme celle réalisée sur les permissions de sortie et les congés, soit au total plus de *dix mille francs* — sans compter les économies de linge dont nous avons parlé, devrait en bonne justice être employée, nous le répétons, sinon en totalité au moins en grande partie, à assurer le *bon entretien du service* et à l'amélioration du matériel d'enseignement.

Pour permettre à tous d'apprécier les résultats économiques de l'*enseignement professionnel* et du travail accompli, au point de vue *pratique*, nous avons donné à la page XLVIII l'énumation sommaire de ce qui a été fait dans les divers ateliers en 1901.

Nous n'insisterons pas sur les avantages que procurent ces ateliers tant au point de vue de l'intérêt des malades eux-mêmes qu'à celui de l'Administration. Nous ajouterons seulement qu'il serait convenable, à tous les égards, que nos anciens malades qui passent soit dans les sections d'aliénés adultes, soit dans la division des incurables de l'hospice, trouvent un meilleur accueil dans les ateliers de l'hospice et que les chefs de ces ateliers leur témoignent plus de bienveillance. Il y va de l'intérêt des malades, supérieur à toute autre considération, et de l'intérêt financier de l'Administration..

Tel est le résumé de l'enseignement professionnel

en 1901. Il importe de ne pas oublier que nos ateliers ne sont nullement comparables à ceux de l'orphelinat Prévost à Cempuis et de l'école d'Alembert à Montévrain, par exemple, où les apprentis sont des enfants normaux, sains de corps et d'esprit, et même choisis parmi les plus intelligents des candidats. Nos apprentis, à Bicêtre, sont non seulement des enfants *anormaux*, mais encore des enfants malades: quand ils ont, les uns des accès épileptiques, convulsifs ou psychiques, les autres des impulsions ou des périodes d'*excitation*, ces jours-là et les jours qui suivent, ils ne peuvent travailler ni à l'école, ni à l'atelier. Un autre fait qui contribue à différencier nos apprentis de ceux que nous avons cités, c'est qu'ils ont des *permissions* de *sortie* et des *congés*, sur la demande des familles, à toutes les époques de l'année, qu'ils ont des *visites* les jeudis et dimanches souvent trop prolongées, enfin que deux fois par semaine ils font des *promenades* aux environs de l'hospice ou dans Paris, promenades qui font perdre une demi-journée de travail.

Administrativement, après avoir douté de la possibilité de faire travailler les enfants idiots, arriérés et épileptiques, et avoir protesté contre la construction des ateliers, certains auraient de la tendance à vouloir considérer nos malades comme des *apprentis ordinaires* qui, suivant la pratique abusive des couvents, doivent fournir régulièrement une somme de travail fixe. Et on y tend administrativement, car on voudrait leur faire faire tous les travaux d'entretien de la section, oubliant qu'il s'agit *d'ateliers d'enseignement* et que si le maître et un apprenti sont occupés, par exemple, à réparer une porte, les autres enfants n'ont plus de guide et ne s'instruisent pas.

Nous le répétons, ce qui doit primer dans notre service, c'est l'*influence morale* du travail, qui est

l'adjuvant du travail scolaire, du traitement médical et non le *produit* lui-même, bien qu'il ne soit pas à dédaigner. Les enfants eux-mêmes sont heureux de voir que leur travail est productif, qu'il se traduit par des résultats pratiques et que tout ce qu'ils font contribue à leur bien-être, à leur enseignement et à l'entretien de leur section.

III.

STATISTIQUE. MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le premier janvier 1901, il y avait dans le service 437 enfants (1) se décomposant ainsi : 405 enfants *idiots, imbéciles* ou *épileptiques*, dits *aliénés* et 32 réputés *non aliénés*. Cette distinction, qui s'appliqne aux épileptiquees adultes aussi bien qu'aux enfants, est purement *administrative* et il est difficile de la justifier médicalement. Les *épileptiques non aliénés* sont placés par l'Assistance publique et sont à la charge du *budget municipal* ; les *épileptiques aliénés* sont placés suivant les prescriptions de la loi du 30 juin 1838 et à la charge du *budget départemental.*

Sur ces 437 enfants, 11 étaient atteints de *cécité* ; 2 de *surdi-mutité*; 16 étaient *ruminants* ; 6 *flaireurs* ; 23 *onycophages* ; 1 *déchireur d'ongles*; 15 *baveux* ; 101 *gâteux* ; 45 *hémiplégiques* ou *paraplégiques* et 5 étaient atteints de *maladie* de *Little.*

Le tableau suivant résume le *mouvement de la population* en 1901.

(1) C'est-à-dire 37 de trop la section ayant été conçue seulement pour 400 enfants.

MOIS.	ENTRÉES.	DÉCÈS.	SORTIES.					TOTAL DES SORTIES.
			sur demande.	par transfert.	par évasion.	par passage aux adultes.	par passage aux vieillards.	
Janvier	9	2	4	»	»	1	1	6
Février	15	5	1	13	»	4	»	18
Mars..........	14	3	6	»	»	8	»	14
Avril..........	3	1	2	»	»	6	»	8
Mai	10	2	7	»	»	6	»	13
Juin	10	»	2	»	»	3	»	5
Juillet	11	»	1	»	»	»	»	1
Août..........	10	2	»	»	»	»	»	»
Septembre	6	1	«	6	»	2	»	8
Octobre.......	9	»	1	»	»	»	»	1
Novembre	5	2	4	»	»	»	»	4
Décembre.....	9	2	1	»	»	1	»	5
Totaux........	111	20	32	19	»	31	1	83

Décès. — Les décès ont été au nombre de 20 durant l'année 1901. Le tableau des pages LIV à LIX fournit les renseignements concernant le diagnostic, la date et la cause du décès, ainsi que les principales particularités présentées par les malades.

Sorties. — Des 84 malades sortis de la section, 31 ont été dirigés sur l'une des sections d'adultes, 32 ont été rendus à leur famille, guéris ou améliorés ou sur la demande de celle-ci, un a été défalqué à la suite d'évasion, 19 ont été transférés et un est passé, amélioré, mais infirme, dans un des quartiers de l'hospice. Le tableau de la page LXIV à LXVI indique les motifs de la sortie, la nature de l'affection pathologique dont étaient atteints les malades sortis. Comme nous le disions encore l'an dernier, nous désirerions vivement suivre nos malades après leur sortie, savoir ce qu'ils deviennent, si l'amélioration réalisée par nous s'est

maintenue ou même a augmenté. Malheureusement les moyens nous font défaut.

Nous envoyons le plus possible nos surveillants ou surveillantes rendre visite à un certain nombre d'entre eux. Il ne les rencontrent pas toujours. Souvent la famille a déménagé et on ne peut avoir sa nouvelle adresse.

Parmi les eufants sortis, il en est qui sont enlevés prématurément par leurs parents. Ceux-ci les voyant très améliorés, par rapport à leur situation à l'entrée, les reprennent malgré nos conseils, alors qu'un séjour plus prolongé nous aurait permis d'obtenir des résultats plus complets.

Évasions. — Dix évasions ont eu lieu dans le courant de l'année, celles des enfants Calb.., Mull.., Criet.. Barthél..., Forne..., Thyr..., Delf..., Rém..., Fauc... et Land.... Ces différentes évasions n'ont donné lieu à aucune formalité légale. Les enfants nous ont été ramenés par leurs parents ou par des infirmiers envoyés à leur recherche.

NOMS.	AGE.	PARTICULARITÉS.	Date du décès.
Boissi.........	7 ans.	Imbécillité prononcée.	1er janvier.
Carre.........	6 ans.	Idiotie congénitale. Méningite.	23 janvier.
Greni.........	6 ans.	Idiotie congénitale.	7 février.
Pedergna.....	10 ans.	Idiotie complète. Épilepsie.	9 février.
Davi..........	7 ans.	Idiotie. Cécité. Épilepsie.	17 février.
Ducr..........	17 ans 1/2.	Imbécillité. Paraplégie incomplète.	19 février.
Liéna.........	15 ans.	Idiotie congénitale par asphyxie. Paraplégie spasmodique. Épilepsie.	25 février.

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Broncho-pneumonie.	Os du crâne minces, peu durs ; pas de synostose. — Méningo-encéphalite disséminée sur les deux hémisphères. — Persistance du thymus. — Broncho-pneumonie. — Ectopie testiculaire à droite.
Croup. Broncho-pneumonie.	Calotte ovoïde ; os très épais, durs. *Synostose* complète de la suture inter-hémisphérique. — Méningite sans méningo-encéphalite. — Persistance du thymus. — Croup. Broncho-pneumonie.
Tuberculose pulmonaire.	Calotte très mince ; os peu durs. Plagiocéphalie. Nombreuses plaques transparentes. Persistance de la fontanelle antérieure. — Méningo-encéphalite disséminée. — Dilatation des ventricules latéraux. — Tuberculose pulmonaire.
Pneumonie lobaire.	Os du crâne moyennement épais ; asymétrie notable de la calotte ; côté droit plus développé que le gauche. — Saillie de l'occipital. — Méningo-encéphalite disséminée. — Persistance du thymus. — Pneumonie lobaire.
Mort dans une syncope (?) en une heure.	Opposition à l'autopsie.
Broncho-pneumonie.	Os du crâne moyennement épais ; plagiocéphalie ; pas de synostose. Vascularisation de la pie-mère de la base. — Atrophie scléreuse du cervelet. — Nephrite interstitielle. — Broncho-pneumonie.
Cachexie progressive.	Crâne ovoïde, peu épais. Plagiocéphalie. — Nombreuses plaques transparentes ; pas de synostose. — Atrophie du nerf optique, de la bandelette optique, du tubercule mamillaire, du pédoncule cérébral et de la couche optique gauches. — Atrophie de l'hémisphère cérébral du même côté et de l'hémisphère cérébelleux droit (hémisphère cérébral droit, 550 gr. ; hémisphère cérébral gauche, 460 gr. ; hémisphère cérébelleux droit, 65 gr. ; hémisphère cérébelleux gauche, 70 gr.). — Persistance du trou de Botal. — Cachexie.

NOMS.	AGE.	PARTICULARITÉS.	Date du décès.
Gens..........	27 ans 1/2.	Épilepsie ; déchéance.	26 février.
Duché	5 ans 1/2.	Idiotie congénitale.	1er mars.
Coli...........	3 ans.	Idiotie. Scapho-hydrocéphalie.	3 mars.
Deba..........	11 ans 1/2.	Imbécillité congénitale. Méningite chronique. Épilepsie. — Déchéance.	24 mars.
Pet	8 ans.	Idiotie. Épilepsie.	31 mars.
Lorthi	16 ans.	Épilepsie. Démence.	23 avril.
Plés	7 ans.	Idiotie.	15 mai.

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Congestion pulmonaire.	Crâne très lourd, très épais; affectant une forme carrée; synostose de toutes les sutures. — Petits foyers de méningo-encéphalité disséminée. Congestion pulmonaire.
Congestion pulmonaire.	Os du crâne durs; épaississement considérable du frontal. Synostose des sutures. — Vascularisation intense de la pie-mère. Sclérose atrophique vermicellée de certaines circonvolutions. — Congestion pulmonaire. — Ectopie testiculaire double.
Tuberculose viscérale généralisée.	Crâne allongé avec saillie des bosses pariétales; os moyennement épais, plaques transparentes; persistance des sutures. — Méningo-encéphalite partielle. — Tuberculose viscérale généralisée. — Ectopie testiculaire double.
Pneumonie lobaire du côté droit.	Os du crâne assez épais; pas de synostose des sutures. — Méningite chronique. — Pneumonie lobaire du côté droit comprenant tout le lobe inférieur, une partie du lobe supérieur avec hépatisation rouge.
Tuberculose généralisée.	Crâne moyennement épais; persistance des sutures. — Méningite. — Bacilémie et adénopathie trachéo-bronchique d'origine tuberculeuse.
Suicide : Fracture de l'atlas et de l'axis et compression de la moelle.	Cuir chevelu assez épais; tuméfaction de la région pariétale droite. Calotte : plagiocéphalie légère; os moyennement épais; pas de synostose, fracture de l'atlas et de l'axis. — Congestion intense de l'encéphale. Rien de particulier à l'œil nu dans les centres nerveux. — Persistance du thymus. — Longueur exagérée de l'appendice vermiculaire (20 cent.).
Broncho-pneumonie tuberculeuse.	Cuir chevelu peu épais, amaigri sans ecchymose. Os du crâne peu épais, peu durs; nombreuses plaques transparentes. Épaississement de la dure-mère. — Méningite chronique. Quelques points de méningo-encéphalite. — Broncho-pneumonie tuberculeuse. — Lésions tuberculeuses du foie et de la rate.

NOMS.	AGE.	PARTICULARITÉS.	Date du décès.
Suzi	13 ans.	Épilepsie. Déchéance.	24 mai.
Ric	33 ans.	Idiotie ; monstruosité physique et morale. — Acrocéphalie. — Cécité complète. Surdité incomplète. — Épilepsie. — Onanisme. — Obésité.	18 juin.
Rmi	16 ans 1/2.	Idiotie. Épilepsie.	2 août.
Guy...........	2 ans 1/2.	Idiotie complète.	22 août.
Vanpou	15 ans 1/2.	Idiotie complète. Accès d'excitation.	10 septemb.
Dorc..........	8 ans.	Idiotie. Épilepsie. Perforation congénitale du voile du palais.	23 septemb.
Bel	17 ans.	Épilepsie. Hémiplégie gauche.	28 octobre.
Cend..........	13 ans.	Idiotie. Épilepsie.	30 novemb.
Jaun..........	10 ans.	Idiotie complète.	26 décemb.
Min	16 ans 1/2.	Imbécillité. Épilepsie.	28 décemb.

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Série d'accès.	Os du crâne durs, épais; pas de synostose. Suffusion sanguine légère et congestion de la pie-mère. Aspect légèrement chagriné des circonvolutions. — Congestion légère des poumons. Ectopie testiculaire gauche.
État de mal.	Os du crâne épais, durs; synostose complète de toutes les sutures. — Anomalie notable de la base du crâne. — Cerveau globuleux. Atrophie presque complète des lobes frontaux. — Cœur énorme. Tuberculose pulmonaire. — Etat de mal. (Obs. publiée dans le *Compte-rendu* de 1895 p. 126.)
Tuberculose pulmonaire.	Opposition à l'autopsie.
Cachexie tuberculeuse.	Opposition à l'autopsie.
Cachexie progressive.	Opposition à l'autopsie.
Broncho-pneumonie.	Os du crâne peu épais et peu durs; pas de synostose. — Persistance de la suture métopique. Plaques de méningite disséminées. — Broncho-pneumonie. — Appendicite. Perforation congénitale du voile du palais.
État de mal.	Os du crâne assez épais et durs; — os wormien; persistance de la suture métopique. — Sclérose atrophique de l'hémisphère cérébral droit et méningo-encéphalite de l'hémisphère cérébral gauche (Hémisphère cérébral droit 400 gr.; hémisphère cérébral gauche 520 gr.; hémisphère cérébelleux droit 75 gr.; hémisphère cérébelleux gauche 65 gr. — Quelques traces de thymus.
État de mal.	Opposition à l'autopsie.
Tuberculose pulmonaire.	Le cerveau seul a été prélevé. Plaques laiteuses et méningo-encéphalite disséminées sur les deux hémisphères.
Mort dans un accès.	Os du crâne épais, durs, violacés; pas de synostose. — Méningo-encéphalite disséminée sur les deux hémisphères. Corps thyroïde très-volumineux.

NOMS.	AGE.	PROFESSIONS.	NATURE DE LA MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Rich	32 ans.	Tailleur	Idiotie, épilepsie, acrocéphalie	Passé à la 5e 3e le 2 janvier 1901. Même état.
Mill	5 ans.	—	Idiotie complète	Rendu à sa famille le 3 janvier 1901. Même état.
Boiv........	13 ans.	—	Idiotie, gâtisme	Rendu à sa famille le 4 janvier 1901. Amélioration notable.
Ross	00 ans.	Vannier	Idiotie profonde.	Rendu à sa famille qui s'oppose au transfert le 24 janvier 1901. Même état.
Batt........	8 ans.	—	Idiotie, — hémiplégie, — gâtisme.	Rendu à sa fauille qui le réclame le 30 janvier 1901. Même état.
Bern	4 ans.	—	Idiotie — turbulence —	Rendu à sa mère qui le réclame 1er février 1901. Même état.
Lesa	20 ans.	Tailleur	Épilepsie	Transféré à Villejuif le 6 février 1901. Même état.
Duf	23 ans.	Vannier	Épilepsie	Transféré à Villiejuif le 6 février 1901. Même état.
Griv........	18 ans.	Cordonnier	Idiotie, accidents chorcique surdi-mutité	Transféré à Villejuif le 6 février 1901. Même état.

Masch......	21 ans.	—	Idiotie complète, gâtisme	Transféré à Villejuif le 6 février 1901. Même état.
Raff........	20 ans.	Cordonnier	Imbécillité.	Transféré à Villejuif le 6 février 1901. Même état.
Kirsch	18 ans.	Cordonnier	Imbécillité morale	Transféré à Villejuif le 6 février 1901. Amélioration.
Har........	18 ans.	Jardinier	Imbécillité prononoée.	Transféré à Villejuif le 6 février 1901. Amélioration.
Hur........	20 ans.	Jardinier	Épilepsie, imbécillité	Transféré à Villejuif le 6 février 1901. Amélioration.
Garb.......	18 ans.	Jardinier	Imbécillité, turbulence	Transféré à Villejuif le 6 février 1901. Amélioration.
Guim	20 ans.	Menuisier	Idiotie prononcée.	Transféré à Villejuif le 6 février 1901. Amélioration.
Girar	21 ans.	Cordonnier	Épilepsie — débilité mentale	Transféré à Villejuif le 6 février 1901. Même état.
Caill	18 ans.	Tailleur	Imbécillité, hémiplégie, épilepsie.	Transféré à Villejuif le 6 février 1901. Même état.
Bill	23 ans.	—	Idiotie — paralysie infantile. —	Transféré à Villejuif le 6 février 1901. Même état.
Due........	18 ana.	Jardinier	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 16 février 1901, Même état.
Pill	18 ans.	—	Idiotie — gâtisme — épilepsie	Passé à la 5e 2e le 16 février 1901, Légère amélioration.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSE DE LA SORTIE.
Pier........	18 ans.	—	Idiotie.	Passé à la 5e 1ere le 20 février 1901 Même état.
Rap........	19 ans.	Menuisier	Imbécillité, nanisme, obésité.	Passé aux veillards le 21 février 1901. Amélioration.
Guy........	20 ans.	—	Idiotie, gâtisme, parole nulle.	Passé à la 5e 1ere le 21 février 1901. Même état.
Pic.........	7 ans.	—	Idiotie microcèphalique.	Rendu à sa famille qui le réclame le 3 mars 1901. Même état.
Arno.......	24 ans.	Tailleur	Idiotie microcéphalique.	Passé aux adultes 5e 2e le 4 mars 1901. Amélioration.
Largi	19 ans.	Tailleur	Imbécillité gâtisme, strabisme, onanisme.	Passé à la 5e 1ere le 4 mars 1901. Amélioration.
Dod........	18 ans.	Brossier	Imbécillité.	Passé à la 5e 1re le 4 mars Amélior.
Gag........	18 ans.	Cordonnier	Imbécillité, tics.	Passé à la 5e 1ere le 4 mars 1901.
Coch.......	12 ans.	—	Épilepsie.	Rendu à sa famille qui le réclame le 8 mars 1901. Même état.
Fag........	20 ans.	Menuisier	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 8 mars 1901.
Rouge	18 ans.	Cordonnier	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 14 mars 1901.
Fris........	11 ans.	—	Imbécillité, maladie de Little	Rendu à sa famille qui le réclame le 16 mars 1901. Même état.

Lebo	6 ans.	—	Idiotie complète.	Rendu à sa famille qui le réclame le 17 mars 1901. Amélioration.
Koch	17 ans.	—	Idiotie, parésie gauche.	Passé à la 5e 2e le 22 mars 1901. Même état.
Imb	18 ans.	—	Idiotie complète, paraplégie, gâtisme.	Passé à la 5e 2e le 22 mars 1901. Même état.
Bonn	16 ans.	Jardinier	Épilepsie.	Rendu à sa mère qui le le réclame le 29 mars 1901. Même état.
Char	18 ans.	Imprimeur	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 3 avril 1901. Même état.
Van-de	19 ans.	Jardinier	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 4 avril 1901. Même état.
Ponc	18 ans.	—	Idiotie, épilepsie, gâtisme.	Passé à la 5e 3e le 10 avril 1901. Même état.
Rio	16 ans.	Menuisier	Arriération intellectuelle, épilepsie.	Évadé le 11 avril 1901. Non rentré.
Nes	17 ans.	Tailleur		
Boit	21 ans.		Idiotie complète, gâtisme, microcéphalie.	Passé à la 5e 1ere le 18 avril 1901. Même état.
Dor	19 ans.		Épilepsie, hydrocéphalie, scaphocéphalie.	Passé à la 5e 1ere le 18 avril 1901. Même état.
Esco	29 ans.		Épilepsie, démence.	Passé à la 5e 1ere le 18 avril 1901. Même état.
Ler	5 ans.	—	Imbécillité hydrocéphalique.	Rendu à sa famille le 20 avril 1901. Réintégré.

NOMS.	AGE.	PROFESSIONS.	MALADIE.	CAUSE DE LA SORTIE.
Lafi........	18 ans.	Menuisier	Imb. perversion des instincts.	Sorti le 1er mai 1901. Amélioration.
Jum	18 ans.	Vannier	Hébéphrénie, idées de grandeur.	Sorti le 8 mai 1901. Amélioration notable.
Add........	18 ans.	Serrurier	Hystéro-épilepsie.	Passé à la 5e 2e le 11 mai 1901. Même état.
Léon........	19 ans.	Menuisier	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 14 mai 1901. Amélioration.
Lecl	15 ans.	Brossier	Épilepsie, imbécillité.	Défalqué le 14 mai 1901 étant en congé. Réintégré le même jour.
Pich	19 ans.	Menuisier	Imbécillité perversions instinctives.	Sorti le 15 mai Amélioration.
Aqua........	18 ans.	Cordonnier	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 16 mai 1901.
Maub	18 ans.	Jardinier	Imbécillité, épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 17 mai 1901.
Be	19 ans.	Serrurier	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 18 mai 1901.
Drap	17 ans.		Épilepsie.	Ce malade n'est resté que 24 heures dans le service.
Gru........	4 ans.	—	Idiotie, gâtisme.	Rendu à sa famille le 23 mai 1901.
Goul........	9 ans.	—	Imbécillité, épilepsie perversions des instincts	Sorti le 26 mai 1901. Amélioration notable.

Foog......	16 ans.	Serrurier	Imbécillité.	Rendu à sa famille qui le réclame le 26 mai.
Sav	16 ans.	Imprimeur	Imb. pervers. des instincts.	Sorti le 1er juin 1901. Amélioration.
Honi	22 ans.	Tailleur	Imbécillité, épilepsie.	Passé à la 5e 2e le 5 juin 1901. Amélioration.
Hor	20 ans.	Cordonnier	Épilepsie.	Passé à la 5e 2e le 8 juin 1901. Amélioration.
Bou........	18 ans.	—	Idiotie.	Passé à la 5e 2e le 12 juin 1901. Même état.
Tail........	5 ans.	—	Imbécillité.	Rendu à sa mère qui le réclame le 14 juin 1901. Même état.
Scor	3 ans.	—	Idiotie, gâtisme, épilepsie, parésie des membres inférieurs.	Rendu à sa famille qui le réclame le 28 juillet 1901. Même état.
Pich	18 ans.	Menuisier	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 11 septembre 1901.
Rog	18 ans.	—	Idiotie.	Passé à la 5e 3e le 11 septembre 1901.
Dev........	18 ans.	Brossier	Imbécillité.	Transféré à l'asile d'Alençon le 12 septembre. Amélioration.
Gill	18 ans.	—	Idiotie, gâtisme, cécité.	Transféré à l'asile de Villejuif le 26 septembre 1901.
Dequ	18 ans.	—	Imbécillité, épilepsie.	Transféré à l'asile de Villejuif le 26 septembre 1901.
Bar	19 ans.	Cordonnier	Imbécillité, épilepsie, idées de suicide.	Transféré à l'asile de Villejuif le 26 septembre 1901.
Causs......	18 ans.	Tailleur	Imbécillité, épilepsie.	Transféré à l'asile de Villejuif le 26 septembre 1901.

NOMS.	AGE.	PROFESSIONS.	MALADIE.	CAUSE DE LA SORTIE.
Bli	18 ans.	—	Idiotie, épilepsie.	Transféré à l'asile de Villejuif le 26 septembre 1901.
Tabu.......	17 ans.	Imprimeur	Imbécillité morale, perversion des instincts.	Sorti le 18 octobre 1901. Amélioration.
Gr	8 ans.	—	Idiotie, épilepsie.	Sorti le 31 octobre 1901. Même état.
Choq.......	8 ans.	—	Arriération intellectuelle, imb. morale.	Sorti le 1er novembre 1901. Amélioration.
Barb		—	Imbécillité, paraplégie spasmodique.	Sorti le 6 novembre 1901. Amélioration.
Siv	21 ans.	Imprimeur	Épilepsie.	Sorti le 29 novembre 1901. Amélioration.
	7 ans.	—	Idiotie.	Sorti le 5 décembre 1901. Même état.
Constan....	6 ans.	—	Idiotie, athétose.	Sorti le 6 décembre 1901. Même état.
Loubers....	18 ans.	Cordonnier	Épilepsie.	Sorti le 16 décembre 1901. Passé à la 5e 3e.
Stev	5 ans.	—	Imb., instabilité mentale.	Sorti le 24 décembre 1901. Même état.
Pant	4 ans.	—	Idiotie.	Sorti le 27 décembre 1901. Amélioration.

Transferts. — Ils ont été au nombre de 19 : 18 à Villejuif, 1 à Alençon. — Les transferts ont souvent pour conséquence de compromettre les résultats obtenus chez les malades. Nous citions l'an dernier (1), à l'appui de notre thèse, le cas d'un enfant atteint d'hystéro-épilepsie, âgé de 13 ans, qui a été transféré à l'asile de Saint-Georges (Yonne). — Sous l'influence du traitement médico-pédagogique, le nombre de ses attaques était allé en diminuant progressivement pour tomber à zéro dans le mois qui a précédé le transfert.

Ajoutons enfin, que nous avons pour habitude de prendre la *température* des malades avant leur départ, et cela dans le but d'éviter le transfert de malades sous le coup d'une affection aiguë, de même que nous prenons la température à l'entrée, durant les cinq prémiers jours (2).

Maladies infectieuses. — Une épidémie de *coqueluche* a débuté à la Fondation Vallée le 11 février ; 22 fillettes en ont été atteintes et 6 garçons ; 3 cas ont été suivis de décès, ceux des enfants : Bea..., Connét... et Lan... Le 21 mars, 19 de ces fillettes sont renvoyées à la Fondation à cause d'une épidémie de *varicelle* qui

(1) *Compte-rendu* de 1903 p. L. Cas de l'enfant Chevr..

(2) A l'entrée de tous les enfants, aussi bien à la Fondation Vallée qu'à Bicêtre, nous faisons prendre un bain aux malades et examiner leur corps au point de vue des plaies, des contusions de la teigne, etc. et le lendemain, au moment du certificat immédiat nous examinons nous-même l'enfant de la tête aux pieds s'il y a lieu ; il en est ainsi depuis 1880. Voici la circulaire de l'Administration relative aux visites des malades à l'entrée.

Monsieur le Directeur. — Mon attention a été appelée, vous savez à la suite de quelle circonstance, *sur la nécessité de faire examiner les aliénés par l'interne de service à leur arrivée dans votre établissement.*

Dans le cas où l'interne constaterait qu'un aliéné soumis à son examen porte des traces de coups ou de blessures, il devra établir un certificat signé par lui et une copie de cette pièce devra être adressée sans retard à l'Administration centrale. — Je vous prie en conséquence de veiller dès la réception de la présente à ce que cette mesure soit mise à exécution. — Le Maire des Requêtes au Conseil d'État, Directeur de l'Administration Générale de l'Assistance Publique. Signé : MOURIER.

avait débuté le 5 janvier et prenait des proportions inquiétantes: Cette dernière épidémie qui a porté sur 22 cas, n'a déterminé aucun décès.

Signalons encore 4 cas de *diphtérie* et 3 cas d'*angine pultacée*. Parmi ces trois derniers cas, 2 ont été suivis de décès, ceux des enfants Carr... et Feldin...

Mentionnons encore 2 cas de *variole*, (1) 4 cas d'*érysipèle*, et enfin un cas de *rougeole*, tous ces cas suivis de guérison. — Notons enfin 2 cas d'*oreillons* dont l'un chez une infirmière, M[elle] Frap...

Le personnel d'un service de contagieux devrait toujours être choisi avec soin, de préférence parmi les infirmières déjà âgées, ou ayant eu, elles-mêmes, les maladies infectueuses les plus communes. Nos conseils à ce sujet n'ont jamais été suivis et presque toujours on donne des infirmières âgées de moins de 50 ans. Il en est de même, malheureusement, dans la plupart des services de contagieux des hôpitaux, d'après les renseignements que nous avons recueillis.

Teigne. — Au premier janvier 1901, il restait dans le service 9 teigneux et 15 teigneuses ; à la fin de l'année ces chiffres étaient tombés à 7 pour les garçons et 5 pour les filles. — Nous ne parvenons point, malgré nos soins, à nous débarrasser complètement de la teigne. Elle se trouve entretenue par de nouveaux arrivants et par les enfants déjà atteints, pour la plupart desquels les recommandations sont de nul effet, qui ne conservent pas leur pansement, frottent leur tête contre celle de leurs camarades.

De temps immémorial, probablement depuis l'ouverture de Bicêtre en 1656, il y a toujours eu, en

---

(1) Enfant Fringn.., épileptique, variole moyenne; — enfant Labol.., variole très forte. Ces deux malades avaient été *revaccinés sans succès* en 1900.

nombre variable, des cas de teigne dans cet établissement. La suppléante, chargée du pavillon d'isolement, notons-le enpassant, apprend, sur notre invitation, l'*épilation* à toutes les infirmières. Ignorant l'antiquité de la teigne à Bicêtre et croyant qu'il s'agissait là d'un *accident récent*, l'Administration a chargé M. le Dr Sabouraud de faire une inspection parfaitement inutile dans la circonstance (12 août 1901). Si, au préalable, l'Administration nous avait demandé des explications, ce que fait toujours l'Administration départementale pour les asiles d'aliénés — elle aurait constaté qu'il n'y avait besoin de déplacer personne et que nous pouvions continuer à soigner les *teigneux* en 1901, comme nous le faisons depuis 1879.

Maladies intercurrentes. — 14 enfants ont été atteints d'*état de mal épileptique*, (trois décès : Sur..., Bel... et Cend...) ou de *séries* d'*accès* ; — 9 d'*ictère ;* — 6 de *broncho-pneumonie* ; — 8 de *pneumonie* ; — 1 de *stomatite ulcéro-membraneuse* ; — 5 de *diarrhée* ; — 2 de *fièvre typhoïde ;* — 1 d'*ophtalmie blennorrhagique* ; — 1 de *blennorrhagie* (1) ; — 6 de *maux d'yeux* ; — 2 de *rhumatismes* ; — 15 de *grippe ;* — 5 d'*abcès* divers ; — 1 de *brûlure à la jambe* ; — 1 d'un *ongle incarné ;* — 1 de *fracture* et *luxation* du coude ; — 1 de *fracture* de l'avant-bras droit, dans un accès ; — 2 de *morsures* ; — 40 de *plaies* légères dans des *accès*. — Ajoutons que tous les enfants qui se font des contusions ou des plaies, soit en jouant, soit dans des accès sont conduits à l'infirmerie où des pansements appropriés leur sont faits par les deux infirmières, sous la surveillance de Mme Athénaïs BOHAIN, sous-surveillante du service.

---

(1) L'enfant Saint-Lam..., âgé de 15 ans, aurait contracté cette maladie durant son congé.

Consultation du jeudi. — Il n'y avait, autrefois, à Bicêtre, que deux consultations, une de médecine faite par le médecin de l'Infirmerie générale, une de chirurgie faite par le chirurgien. A notre arrivée à Bicêtre, nous avons établi une consultation non officielle, pour les maladies nerveuses et mentales. Nos collègues de la division des aliénés, nommés comme nous au concours, en ont également créé successivement. Nous en donnons, pour la première fois, un court résumé, pour l'année 1901. 404 personnes se sont présentées.

72 pour renseignements sur le placement d'enfants arriérés ou épileptiques ;

141 pour maladies diverses ;

44 pour assistance. Il s'agit d'anciens malades des asiles ou du service. Nous profitons de la visite de ces derniers pour nous renseigner sur leur état mental ou leur situation sociale. Dans ce groupe figurent ceux qui vont tirer au sort et viennent réclamer un certificat devant aider à leur exemption.

26 pour demandes d'emploi ou de placement dans les hospices : infirmiers qui réclament leur rentrée dans les hôpitaux, infirmes, etc.

121 pour renseignements sur les enfants du service présents ou en congé.

Nous avons toujours obtenu de l'Administration la faculté de faire prendre des bains et des douches aux consultants qui habitent la région dépourvue d'établissements balnéo-hydrothérapiques. Il n'en résulte pas une dépense sérieuse pour l'Assistance publique ; les malades peuvent suivre leur traitement tout en continuant leur profession et sans perdre de temps. Cette tolérance fait honneur à l'Administration et rend service aux malheureux. Il devrait en être ainsi dans tous les établissements hospitaliers, suburbains, dé-

partementaux, comme l'asile de Villejuif, ou municipaux comme Bicêtre, l'hospice des ménages à Issy, l'hospice des incurables d'Ivry qui devraient être des centres hospitaliers pour leur région (1).

Population au 31 décembre 1901.—Il y avait à cette époque dans le service 438 enfants, se décomposant ainsi : 413 enfants *idiots*, *imbéciles* ou *épileptiques*, *dits aliénés* et 25 *réputés non aliénés*. Sur ce nombre 122 sont atteints de *gâtisme*; 41 d'*incontinence nocturne d'urine seulement*, 14 de *cécité complète*; 7 de *cécité incomplète*; 7 de *surdi-mutité*; 1 de *surdité*; 3 sont *bègues*; 12 présentent du *mutisme volontaire*; 29 *des impulsions violentes* ou des *accès de colère*; 44 sont *menteurs* à un degré vraiment pathologique; 16 sont atteints de *dacnomanie*; 5 de *pyromanie*; 10 d'*écholalie*; 17 de *krouomanie*; 16 de *clastomanie*; 14 de *coprolalie*; 21 de *kleptomanie*; 6 d'*échokinésie*; 8 de *rumination*; 3 sont *déchireurs d'ongles*; 16 sont *flaireurs* (2); 17 sont *baveux*; 2 sont atteints d'*hydromanie*; 13 d'*hydrophobie*; 18 de *coprophagie*; 54 sont *onycophages*; 55 sont *onanistes*; 12 présentent du *nystagmus*; 72 sont *strabiques*; 3 ont présenté de la *dépression mélancolique*; 17 ont des *tics convulsifs*

---

(1) « L'Assistance publique, disions-nous dans une circulaire aux électeurs sénatoriaux (février 1899), est une question à laquelle je me suis attaché depuis 1876, époque où j'ai fait un rapport dans lequel j'ai demandé la création d'hôpitaux cantonaux. Depuis, la situation s'est améliorée par la création d'hôpitaux intercommunaux, l'agrandissement d'hôpitaux déjà existants, la création de l'hospice Favier, etc....

« L'hospitalisation des vieillards est à peu près réalisée dans la moitié des communes, mais n'existe pas dans l'autre moitié. Il serait possible, facile même, de donner satisfaction aux malades d'une partie de la banlieue, par une entente avec l'assistance publique et le département en vue de la création aux hospices d'Ivry, de Bicêtre, d'Issy, etc.., de pavillons pour les malades et les blessés des communes environnantes. Ces annexes seraient administrées à peu de frais et desservies par les services généraux de ces maisons restreignant ainsi très sensiblement le prix moyen d'hospitalisation. »

(2) Voir : Séguin (E.), *Education des idiots*, nouvelle édition, chap. XII, §XI, p. 100.

(lèvres, paupières etc.) 45 ont le tic du *balancement du corps* avec ou sans *rotation de la tête;* 15 ont un *tic coordonné des mains*; 16 enfants idiots sont *tourneurs;* 19 sont *sauteurs;* 5 sont *grimpeurs.*

Deux enfants étaient atteints d'*hémimélie;* 1 de *polydactylie;* 1 de *syndactylie;* 3 de *malformations pathologiques* de la main; 1 d'*encéphalocèle* (?); 1 de *cyphose*; 1 de *scoliose*; 11 présentent des *pieds-bots;* 2 sont *hémiparésiques;* 6 sont *paraplégiques;* 17 sont *hémiplégiques;* 6 sont *diplégiques;* 9 sont *atteints de maladie de Little*; enfin 13 sont *athétosiques.*

Personnel du service en 1901. — Le personnel était ainsi composé : 1° *Service médical :* Un conservateur du Musée, M. le Dr J. NOIR. Un interne titulaire, M. HEITZ-BOYER qui a été remplacé par M. LAFARGE, étudiant en médecine, le 15 octobre; un interne provisoire, M. MOREL; un interne en pharmacie, M. COULON.

2° *Service scolaire:* A. *Grande École.* — 4 instituteurs : MM. MESNARD, LANDOSSE, CAMAILHAC et DERUETTE; un professeur de chant, M. SUTTER; un professeur de gymnastique, M. GOY; un professeur de dessin, M. DUMONT; un maître de danse, M. LANDOSSE; deux maîtres d'escrime. — B. *Petite Ecole.* Mlles AGNUS (Blanche) et BOHAIN (Amandine), surveillantes; deux premières infirmières, Mlles HUGUET et MARQUET; et 10 infirmières de jour aidant les maîtresses d'école après avoir terminé le nettoyage de leurs dortoirs respectifs.

3° *Enseignement professionnel.* — 8 maîtres dont nous avons donné les noms à la page XLVI, plus deux infirmiers de garde. Ces infirmiers remplacent les chefs d'ateliers momentanément absents, par exemple pour faire des réparations dans les salles, pour aider

quand les enfants ont des querelles, des impulsions, des accès, pour les conduire à l'infirmerie, etc.

4° *Service hospitalier.* — Il se compose de M. ACARD, sous-surveillant, remplissant les fonctions de surveillant; de M. GUILLOU, suppléant, faisant les fonctions de sous-surveillant, de M. PETIT, 1er infirmier, faisant les fonctions de suppléant; de Mme BOHAIN (Athénaïs), sous-surveillante (infirmerie), de Mme MALENÇON, sous-surveillante (bâtiment des gâteux); de Mme GRISARD, suppléante (pavillon d'isolement), de Mme DEBIÈRE, sous-surveillante de nuit; de M. CHÉREL, suppléant, attaché au service des bains et douches; de M. GERDER, suppléant, attaché au musée et chargé du service de distribution de la pharmacie; d'un infirmier portier, d'un perruquier; de 35 infirmières, 25 de jour et 10 de nuit; de 31 infirmiers, 22 de jour et 9 de nuit; total du personnel secondaire : 86. Les mutations en 1901 ont été de 43 infirmiers et de 26 infirmières.

Dans les bureaux de la Maison, on trouve ce personnel exagéré. Souvent, au détriment du service, on fait des emprunts à ce personnel pour des corvées ou des remplacements dans l'hospice. On ne se gêne pas, naturellement sans nous prévenir, pour faire suppléer le vaguemestre par notre baigneur-doucheur. Si un jour, par malheur, il survenait un accident aux bains durant ces absences, l'Administration encourrait une sérieuse responsabilité. Si le baigneur a du temps de reste, c'est à collaborer au *massage* qu'il devrait être employé. Ce qui contribue à faire paraître le chiffre du personnel considérable, c'est qu'il y a un service complet de *jour* et un service complet de *veille*. On oublie aussi que les enfants gâteux exigent des nettoyages fréquents, qu'un grand nombre d'enfants doivent être exercés à la marche, soumis au *massage*,

qu'il y a une grande perte de temps pour les courses à la cuisine, à la lingerie, à la buanderie, le charroi du charbon, etc., avec des arrêts beaucoup trop longs, faute d'une bonne méthode de travail, dans ces divers services (1).

(1) Les infirmiers et infirmières vont le soir soit à l'école primaire (3 fois par semaine), soit aux cours professionnels (2 ou 3 fois par semaine). Ils vont par séries aux exercices pratiques une fois par semaine. Enfin, ils ont une sortie hebdomadaire de midi à 11 heures du soir.

APPENDICE.

I.

Enseignement populaire des sciences naturelles : Leçons de choses.

Nous avons réclamé un grand nombre de fois l'organisation de nos squares et jardins publics en vue de l'enseignement par les leçons de choses, comme nous l'avons organisé dans notre service (1). Nous aurions voulu surtout que le *Jardin des plantes* fut largement utilisé dans ce but. C'est pourquoi nous avons déposé la proposition suivante au Conseil municipal (séance du 8 août 1876) (2).

Parmi les institutions scientifiques de Paris, aucune n'est plus assidûment fréquentée, aucune n'est plus populaire que le *Muséum d'histoire naturelle*, plus connu sous le nom de Jardin des Plantes. Le *Jardin des Plantes*, fondé par Guy de la Brosse, en 1635, ne fut, pendant quelque temps, qu'une simple école de botanique. Un siècle plus tard, Buffon y ajouta des collections d'anatomie, de minéralogie, de zoologie, y fit créer trois chaires et par l'achat de terrains voisins, agrandit la superficie du jardin.

Telle était la situation lorsque éclata la Révolution. En 1792, Bernardin de St-Pierre fut chargé de la direction du jardin. Il s'empresse d'étudier les besoins de l'établissement

---

(1) Voir, entre autres, le *Compte-rendu* de 1898 (p. XCI).

(2) Nous l'exhumons des Procès-verbaux du Conseil municipal dans l'espoir qu'il se trouvera un conseiller municipal pour la reprendre à défaut de l'Administration.

dont il était chargé ; il signale les améliorations à réaliser et, en particulier, l'utilité d'une ménagerie. Dans son rapport il s'exprime ainsi : « Ce n'est pas à ma voix, dit-il, que vous devez vous rendre, c'est à celle du peuple. De tous les établissements nationaux, celui du Jardin des Plantes est le seul qu'il ait respecté, parce qu'il est le seul à son usage. »

Lakanal, qui se préoccupait avec tant d'ardeur et de compétence de toutes les questions relatives à l'enseignement, fut chargé de faire un rapport à la suite duquel la Convention décréta la réorganisation ou plutôt la création du Muséum d'histoire naturelle. On installa douze chaires au lieu de trois ; on éleva des locaux pour les collections nouvelles, on fonda une bibliothèque et une ménagerie, on acheta de nouveaux terrains. Le Muséum, en un mot, se trouva organisé de manière que toutes les sciences naturelles pouvaient y être également enseignées, et que chacune d'elles était susceptible d'agrandissements successifs.

Il n'était pas de mode, à cette époque, de mesurer parcimonieusement l'espace aux établissements scientifiques. En obéissant aux nécessités du présent, on songeait aux besoins de l'avenir. Grâce à l'impulsion donnée par la Convention, le Muséum, pendant la première moitié de notre siècle, fut, en son genre le plus bel établissement du monde entier ; mais depuis une vingtaine d'années, il s'est laissé dépasser par la plupart des établissements similaires de l'Europe.

En 1858, l'Empire nomma une Commission pour s'occuper des améliorations à introduire au Muséum. Cette Commission, de même que presque toutes les Commissions analogues instituées par ce gouvernement, ne fit absolument rien. Aussi les collections sont-elles aujourd'hui mal installées, les plantes insuffisamment étiquetées et la ménagerie inférieure à celle de Londres, d'Amsterdam, d'Anvers, etc.

Sous un seul rapport le Muséum a conservé sa supériorité. Tandis que, dans les autres pays, il faut payer pour être admis à visiter les ménageries, les collections, etc., le Muséum est resté ouvert gratuitement à tous. Il en résulte qu'il est demeuré un foyer précieux d'enseignement populaire. En effet, les dimanches et à certains jours de fête, le nombre des visiteurs est évalué à trente mille. Toutefois on ne tire pas de cette institution tout ce qu'elle est susceptible de donner. Rien ne serait pourtant plus facile que d'arriver à de meilleurs résultats.

Tout récemment, sur la proposition de M. le Préfet, le Conseil a voté un crédit pour permettre aux élèves les plus méri-

tants de nos écoles primaires, d'aller faire des excursions à Dieppe. Les soussignés estiment que l'on pourrait fructueusement compléter ces excursions en conduisant, à certains jours, les élèves les plus avancés de nos écoles visiter les ménageries, les collections de toutes sortes qui sont accumulées au Muséum et dans le Jardin des Plantes. La vue des objets est plus utile que leur description, et les enfants pourraient, sous la direction de leurs maîtres, recevoir, en parcourant les galeries, des notions qui se graveraient dans leur mémoire. L'étude de l'histoire naturelle, trop négligée, non seulement dans le programme de l'instruction primaire, mais encore dans celui de l'enseignement secondaire, est certainement celle qui développe le plus l'esprit d'observation, et nous pouvons ajouter qu'elle est toujours bien comprise des enfants et des jeunes gens.

Se fondant sur ces considérations qui montrent combien sont considérables les avantages que le Muséum peut fournir à l'enseignement populaire de toutes les branches de l'histoire naturelle ;

Considérant que cet établissement n'a pas de ressources suffisantes pour compléter la nomenclature de toutes ses plantes ;

Considérant que sa ménagerie ne reçoit de l'État qu'une subvention annuelle de 4.000 francs, alors que le *Zoological Garden* de Londres a un crédit de 75.000 francs, celui d'Anvers un crédit de 200.000 francs ;

Les soussignés émettent le vœu qu'une subvention de 60.000 francs soit accordée au Muséum à la condition, pour les administrateurs de cet établissement, de prendre toutes les mesures nécessaires dans le but de rendre les collections, les ménageries, le jardin botanique et les serres accessibles, dans les meilleures conditions possibles, aux enfants des écoles municipales et des écoles primaires libres.

Signé : Bourneville, Asseline, Collin, Léveillé, Germer Baillière, Lafon, Dubois, Lauth, Martin, Réty, Braleret, Marais, Clamageran, Vauthier, de Heredia, Cadet, Desouches aîné, Jacques, François Combes, Hérisson, Mallet.

II.

Arrêté relatif à la nomination du professeur de dessin.

Nous reproduisons ici l'arrêté relatif à la nomination du professeur de dessin à titre de document.

Le Préfet de la Seine,

Vu la loi du 18 juillet 1866.

Vu la délibération du Conseil Général de la Seine, en date du 19 décembre 1900, en vertu de laquelle un cours de dessin est créé dans le service des enfants arriérés et épileptiques de Bicêtre et à la Fondation Vallée.

Vu la proposition du Directeur de l'Administration Générale de l'Assistance publique à Paris;

Le Secrétaire Général de la Préfecture entendu;

Arrête :

Art. 1er. — M. Dumont (Adolphe, Charles), est nommé professeur de dessin dans le service des enfants arriérés et épileptiques de Bicêtre et à la Fondation Vallée.

M. Dumont recevra en cette qualité une indemnité fixe et annuelle de 600 fr.

Le montant de cette indemnité sera prélever sur le crédit de mille francs, qui a été affecté, en vertu de la délibération susvisée, aux dépenses du nouveau cours de dessin le dit crédit étant lui-même imputable sur le crédit de sept mille francs, inscrit à l'art. 8 du chapitre du Budget départemental (Subvention à l'Assistance publique).

Art. 2. — Le présent arrêté aura son effet à partir du jour de l'entrée en fonctions de l'intéressé.

Le Secrétaire Général de la préfecture et le Directeur de l'Assistance publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'en assurer l'exécution.

Fait à Paris, le 6 avril 1901.

Signé : J. DE SELVES.

SECTION II : **Fondation Vallée.**

Histoire du service pendant l'année 1901.

I.

SITUATION DU SERVICE. — ENSEIGNEMENT PRIMAIRE.

Quand la Fondation Vallée a été organisée, et c'est à dessein que nous le rappelons encore, elle devait être *pour les filles* ce qu'est la colonie de Vaucluse *pour les garçons*, c'est-à-dire qu'on ne devait y admettre ni *gâteuses*, ni *épileptiques*. Mais, dès l'origine, par suite des besoins du service des aliénés, il n'a pas été tenu compte de cette catégorisation. Il s'ensuit que la Fondation Vallée ne correspond pas et n'a jamais correspondu à la colonie de Vaucluse, mais au service des enfants de Bicêtre, où nous recevons, en outre des épileptiques et des hystériques, *toutes les catégories d'enfants idiots*. Nous avons, à la Fondation, deux groupes principaux : 1° les *enfants idiotes* et *gâteuses*, 2° les *enfants propres*, — et dans les deux groupes, des *épileptiques*.

Enfants idiotes et *gâteuses*. — Elles étaient au nombre de 85 au 1er janvier 1901 et de 78 à la fin de

l'année. Leurs installations de *jour* sont dans le sous-sol du pavillon neuf dont l'aménagement est complètement terminé. Au point de vue du traitement les moyens et procédés sont les mêmes que ceux décrits dans nos précédents Rapports.

Les *idiotes gâteuses* se divisent en deux catégories : *a)* les enfants VALIDES qui sont envoyées à l'école durant une partie de la journée ; — *b)* les enfants INVALIDES, qui séjournent dans le local dont il est question plus haut, c'est-à-dire le sous-sol. Ce sous-sol bien aéré, donne de plein pied sur une large terrasse exposée à l'ouest et sur laquelle, en été, on dresse une tente reposant sur un sol cimenté. Chez huit d'entre elles, nous avons pu *supprimer le gâtisme :* Uri.., Muni.., Chanev.., Robe.., Isel.., Barth.., Wit.., Espond.. Voici quelques renseignements sur des enfants qui, parties de très-bas, ont fait de sérieux progrès.

WEI... (Suzanne), entrée à la Fondation en mai 1897, à l'âge de 4 ans, atteinte d'*idiotie profonde*, compliquée de rachitisme. Cette enfant était gâteuse nuit et jour, ne marchait pas, parlait à peine, ne pouvait ni s'habiller, ni se déshabiller ; en un mot, elle était incapable de se donner le moindre soin.

Le caractère de l'enfant était détestable, toujours grognon, de mauvaise humeur, indifférente à tout. Rien ne faisait présager de grands résultats, lorsqu'une vraie métamorphose s'est opérée en elle. Un développement autant physique qu'intellectuel s'est produit en peu de temps. La marche et la parole ont été très rapides ; le gâtisme a complètement disparu ; l'enfant se donne elle-même tous les soins de toilette nécessaires, se suffit à elle-même. — Le caractère s'est également très amélioré ; elle est devenue gaie, joueuse, et apporte beaucoup d'activité en tout et partout.

Pour la classe, l'enfant n'est pas avancée. Ceci provient de ce qu'elle a séjourné un certain laps de temps à l'isolement (*teigne*). Mais à l'heure actuelle, elle est en bonne voie d'amélioration. Elle aime l'école, connait les lettres, les chiffres et commence à écrire. Ses progrès n'ont pas été moins rapides, pour la *couture* et pour la *gymnastique*. Aujourd'hui l'enfant

commence à travailler aux robes et aux tabliers et suit avec facilité la grande gymnastique.

ROUSS... (Élisabeth), entrée en juin 1898, à l'âge de 13 ans, atteinte d'*imbécillité* et de *rachitisme*, avec *perversions instinctives*.

Cette enfant parlait, causait, marchait, ne gâtait pas, mais elle était nulle en instruction, connaissait à peine les lettres. Le caractère était méchant, querelleur ; elle se faisait détester de toutes ses compagnes. La mémoire paraissait très faible pour les leçons classiques, l'enfant disait elle-même qu'elle était allée en classe chez les sœurs, mais qu'elle n'avait jamais rien appris. Vu son raisonnement insouciant et son âge avancé, on n'attendait que des résultats fort médiocres.

Malgré toutes ces difficultés, l'enfant a réalisé *aujourd'hui* de réels progrès. Elle lit lentement, mais couramment ; son écriture est lisible et même très régulière ; elle fait des devoirs variés de grammaire et de géographie, ainsi que les trois premières opérations de l'arithmétique.

Le caractère est également bien changé, elle raisonne bien, se rend compte de tout ; elle est devenue plus calme et plus affectueuse ; elle a même une certaine délicatesse de sentiments. Elle aime à rendre service et s'entend très bien pour les soins du ménage. Elle était nulle pour tous les ouvrages manuels, aujourd'hui elle coud très bien, repasse de même, a appris à faire de la dentelle. Elle exécute facilement tous les mouvements de la gymnastique, elle qui n'avait aucune notion à son entrée.

Ces deux cas et celui dont nous avons parlé (p. LXXXIII) montrent que, même chez les enfants qui semblent incurables, si l'on *persiste* dans l'application du *traitement médico-pédagogique*, on arrive à des résultats considérables qui étonnent, même les personnes expérimentées.

GUD.. (Marcelle), entrée en septembre 1898, à l'âge de 7 ans, atteinte d'*imbécillité assez prononcée* avec *épilepsie*. Au début, l'enfant était pour ainsi dire nulle pour tout ce qui concerne l'enseignement. Elle ne connaissait qu'une partie des lettres et des chiffres, commençait à peine à écrire et avait des accès assez fréquents. Aujourd'hui, elle va beaucoup mieux, ses accès ont diminué insensiblement et tendent

même à disparaître, il s'en suit un développement physique et intellectuel. Sa physionomie est plus éveillée et plus expressive, elle travaille bien en classe, lit couramment, connaît l'addition et la soustraction, son écriture est bien formée, elle fait quelques devoirs de grammaire et s'occupe de son mieux.

Rien à désirer au point de vue du caractère, l'enfant est très facile à diriger ; sa tenue est irréprochable. Elle raisonne bien, aime à rendre service et travaille bien, tant à l'ouvroir qu'au repassage. Elle a fait des progrès très sensibles pour les ouvrages manuels et a beaucoup de disposition pour la couture. Il est à remarquer que l'enfant était nulle au début pour les deux ateliers. Elle a appris à faire de la *tapisserie* et de la *dentelle*. Elle connaît tous les exercices de la *gymnastique*.

DESES.... (Émilie), entrée à la Fondation, en mai 1897, à l'âge de 10 ans, atteinte d'*imbécillité prononcée*, avec *luxation congénitale* des hanches.

La parole était libre chez cette enfant qui répondait aux questions posées, mais elle marchait très difficilement et urinait parfois au lit. L'expression de la physionomie était peu mobile, le regard vague, rien chez cette enfant n'indiquait l'intelligence. Elle ne savait pas lire, mais formait les lettres et les chiffres ; elle ne savait pas compter, ne possédait pas les notions les plus rudimentaires. L'enfant avait beaucoup de difficultés pour tout ce qui concerne l'enseignement, malgré cela nous constatons aujourd'hui des progrès réels. Elle lit assez couramment, son écriture est régulière. Elle connaît les trois premières opérations de l'arithmétique sans toutefois en comprendre encore très exactement l'application.

Le caractère s'est également modifié. L'enfant parlait peu au début, était maussade, restait inerte ; aujourd'hui elle est devenue très active, s'occupe à faire de la dentelle aux heures de récréation. Elle aime les soins du ménage. A l'ouvroir elle est parvenue à faire entièrement robes, tabliers, pantalons. Elle fait bien la gymnastique et n'avait cependant aucune notion à son entrée. Elle est, en outre, devenue très propre ; sa tenue ne laisse rien à désirer.

GUILLAU.. (Laure), entrée en avril 1891, atteinte d'*imbécillité prononcée* avec *perversions instinctives*. — Cette enfant causait, mais ne pouvait répondre exactement aux questions qui lui étaient posées. Elle était très craintive, restait inerte, sa mémoire paraissait très faible ; elle était nulle pour la classe.

Elle était très gâteuse la nuit et avait une tendance très prononcée pour l'onanisme.

Malgré tous ces obstacles, nous constatons une amélioration très notable chez cette enfant. *Actuellement*, elle lit par syllabes, écrit très lisiblement, fait une copie, ainsi que l'addition et la soustraction.

Le caractère est totalement changé, l'enfant est devenue plus enjouée, affectueuse, parle même beaucoup, tient conversation, s'amuse aux récréations comme le ferait une enfant ordinaire.

Ajoutons aussi que l'enfant est devenue tout à fait *propre*; elle se tient bien, se suffit à elle-même et ses mauvaises habitudes ont complètement disparu.

VELLA... (Henriette), entrée à la Fondation en août 1893, à l'âge de 8 ans, atteinte d'*imbécillité prononcée*, avec *épilepsie* (vertiges et accès nombreux). Cette enfant, à son entrée, ne savait ni lire, ni compter, ne faisait que quelques copies, sans se rendre compte de ce qu'elle écrivait. L'enfant qui possédait une certaine mémoire pour les choses usuelles et les lieux, avait beaucoup de difficulté pour retenir les leçons les plus élémentaires, elle semblait n'avoir aucune aptitude pour l'instruction. Son caractère laissait beaucoup à désirer; elle était très susceptible, turbulente, extravagante, taquine et contrariante au suprême degré; elle était toujours portée à faire ce qui était défendu, ne tenait aucun compte des observations qui lui étaient faites. Elle était propre, mais elle avait une tendance très prononcée pour l'*onanisme* ; en somme on n'attendait de cette enfant qu'une amélioration fort médiocre. Cette prévision a été fort heureusement déçue : chez elle nous avons, en effet, obtenu des résultats surprenants. Hâtons-nous de dire aussi qu'elle n'a eu ni accès ni vertiges depuis juin 1898. C'est à partir de cette époque qu'a commencé chez elle le développement physique et intellectuel.

Elle a appris à lire couramment, donne à la lecture une bonne intonation, son écriture quoique peu régulière, est néanmoins très lisible. Ve... suit des dictées du cours moyen, son orthographe est encore défectueuse mais elle peut rédiger une lettre ; connait les trois premières opérations de l'arithmétique et en comprend l'application, fait quelques petits problèmes. Elle a quelques notions sur l'histoire et la géographie, elle travaille bien au dessin. Ce n'est qu'à force de travail que l'enfant a pu réaliser ces progrès, car elle a

toujours peu de facilité pour la classe. Il n'en est pas de même pour les soins du ménage et pour les ouvrages manuels; elle se plaît à ces différents travaux et on voit que l'enfant est tout à fait dans son élément. Aujourd'hui elle fait le ménage comme une grande personne avec beaucoup d'adresse et d'agilité. Elle est une des plus avancées pour la *couture* et le *repassage*. Elle qui, au début, ne savait même pas tenir une aiguille, a appris à faire la *dentelle* et la *tapissserie*; elle est même très vive dans tout ce qu'elle fait. Elle travaille très bien à la *gymnastique* dont elle ne possédait aucune notion à l'entrée.

Le *caractère* s'est également transformé; elle est beaucoup plus calme, très travailleuse de son naturel, elle aime à se rendre utile en tout et partout. Toute mauvaise habitude a complètement disparu. En résumé, amélioration très notable.

L'amélioration notable acquise chez ces enfants montre nettement ce qu'on peut obtenir chez ceux qui sont même profondément atteints. Des résultats analogues ou plus considérables peuvent, à plus forte raison, être réalisés chez des *enfants moins malades*. Nous pourrions en relater de nombreux exemples qui n'ajouteraient rien aux précédents, tout à fait démonstratifs.

2° *Enfants idiotes*, *imbéciles*, *épileptiques*, etc., VALIDES. — *Enseignement primaire* et *enseignement professionnel*. Les procédés employés sont les mêmes qu'à la section de Bicêtre. Les améliorations réalisées dans les écoles des garçons sont introduites immédiatement à la Fondation. L'idéal que nous poursuivons consiste à *occuper les enfants du matin jusqu'au soir*, en variant le plus possible les exercices. Les jeux mêmes doivent contribuer à leur éducation.

Au *lever*, on apprend aux enfants à faire leur *toilette*, leur *lit*, à *nettoyer* leur dortoir, à *brosser* leurs vêtements. Aux repas, on surveille les enfants qui savent manger seules et on corrige leurs mauvaises habitudes; on apprend aux autres à se servir de la cuiller,

de la fourchette, etc. Nous ne cessons de répéter au personnel de surveiller avec le plus grand soin les aliments, d'enlever les fragments d'os ou de tendons, susceptibles de produire des accidents, de couper les aliments en menus morceaux, de veiller à la mastication et à la déglutition. Sur 216 enfants présentes à la fin de l'année, 44 savent se servir de la cuiller, de la fourchette et du couteau ; 82 de la cuiller et de la fourchette ; 52 de la cuiller seulement ; 38 ne savent pas manger seules.

179 enfants ont fréquenté l'*école* et ont été exercées à la *gymnastique des échelles* et des *ressorts ;* 80 enfants participent aux exercices de la *grande gymnastique*, sous la direction de M. GOY et de la surveillante Melle LANGLET. Ces leçons ont lieu une fois par semaine, le jeudi. Mais, en raison de l'augmentation de la population, il serait nécessaire que le professeur donnât deux leçons par semaine. L'Administration départementale et la Commission de surveillance ont reconnu la légitimité de notre demande, déjà renouvelée plusieurs fois, et l'ont signalée à l'Administration de l'Assistance publique, dont nous attendons toujours la réponse.

Les *leçons de choses*, multipliées le plus possible, ont lieu dans les jardins dont les arbres, les arbustes, les plantes, etc., sont étiquetés. — Les détails dans lesquels nous sommes entré dans nos Rapports de 1890 à 1900 au sujet de l'*habillement* (mannequin spécial, *Fig.* 4) de l'*éducation*, de la *digestion*, de la *respiration*, de la *circulation et* de l'*hygiène sexuelle*, nous dispensent d'y revenir cette année.

* * *

Notre personnel surveille attentivement l'apparition et le développement de la *puberté*. Dès l'apparition des poils sous les aisselles et sur le mont de Vénus, elles préviennent les fillettes qu'il s'agit-là d'un fait naturel. On évite ainsi certaines inquiétudes et des actes bizarres. Il en est qui essaient de s'arra-



Fig. 4. — Leçon d'habillement (mannequin).

cher les poils sous prétexe que c'est de la malpropreté, ou qui les coupent. Lorsque les seins ont pris un certain accroissement, que le système pileux devient de plus en plus abondant, on les avertit de prévenir si elles éprouvaient des douleurs dans les reins ou le

bas-ventre et s'il leur arrivait de perdre un peu de sang. A la première apparition des *règles*, on complète les renseignements et on leur donne des conseils sur les précautions à prendre. Les époques, avec leurs caractères (douloureuses ou non, abondantes ou non, durée, etc.) sont notées; on nous signale les pertes blanches qui les précèdent ou les suivent ainsi que les suspensions. Enfin on habitue les fillettes aux soins de propreté. C'est ce que les mères de familles, les institutrices, les maîtresses de pension devraient faire toutes.

* * *

Enseignement du dessin. — Cet enseignement, fait primitivement et à titre gracieux par Mme Bru, était complètement suspendu depuis 1897 à la Fondation Vallée, par suite du départ de Mme Bru, dont le mari avait été nommé directeur de l'hôpital Ricord. M. Dumont, nommé à l'emploi de professeur de dessin, a pris possession de son poste le 6 avril. Il donne aux jeunes filles, au nombre de 25 une leçon tous les jeudis de 8 à 9 heures du matin. L'année prochaine nous donnerons quelques détails sur les progrès accomplis.

Enseignement du chant. — Cet enseignement est fait depuis 1895, à titre gracieux, par M. Eugène Sutter, professeur de chant à l'asile-école de Bicêtre. De même que les années précédentes M. Sutter s'est occupé successivement de *toutes* les enfants, en état de profiter dans une mesure quelconque de son enseignement. 95 enfants y ont participé. — La classe spéciale de théorie musicale et de solfège a donné de bons résultats ; 30 enfants ont suivi cette classe. Comme les années antérieures les enfants les moins atteintes ont appris des mélodies et des petites romances chan-

tées dans les concerts organisés par les garçons de l'hospice et aux réunions du samedi. Toutes y ont pris un réel intérêt et y ont apporté toute leur bonne volonté.

Les exercices de *danse* ont lieu sous la direction de M. LANDOSSE, instituteur à Bicêtre, tous les mercredis de 4 à 5 heures et le dimanche, après la visite des parents, sous la direction de la surveillante. — 160 enfants ont pris part à ces exercices ; 92 savent danser la polka, 64 connaissent la polka, la mazurka et la scottish ; 55 connaissent toutes les danses de caractère et les différentes figures du quadrille.

Enseignement professionnel. — A mesure que les enfants se développent, on leur apprend tous les soins du ménage, à mettre et à retirer le couvert, à nettoyer les réfectoires, laver la vaisselle, etc. Une vingtaine des moins arriérées aident le personnel à apprendre à manger aux enfants incapables de manger seules et à perfectionner celles qui mangent malproprement.

Les deux *ateliers* que nous possédons ont continué à fonctionner régulièrement. Le travail, évalué par M. MAUPRÉ, économe de Bicêtre, d'après le tarif réduit de l'Administration, s'est élevé à 5.185 fr. 50 pour l'atelier de *couture*, dirigé par Mme EHRMANN et à 1.238 fr. 65 pour l'atelier de *repassage* dirigé par Mme BARUET. Total 6.424 fr. 15 (1).

Nous avions essayé il y a quelques années de monter un atelier de composition typographique, qui n'a pas réussi faute d'une véritable entente et surtout d'un crédit pour le maître. Nous aurions voulu avoir aussi un *atelier de brochage* dont l'organisation a rencontré malheureusement aussi des difficultés imprévues et

(1) Ces ateliers, après prélèvement des salaires, de la nourriture, etc., des deux maîtresses (3.240 fr.) donnent un bénéfice de 3.224 fr.

surtout une petite *buanderie*. Pour celle-ci, d'une utilité incontestable, nous ne disposons malheureusement pas d'un local approprié.

Pour étendre les connaissances pratiques de nos malades, nous avons autorisé les sous-employées à faire repasser ou coudre une partie de leurs objets de toilette, bien entendu en dehors des heures régulières de travail. Le travail, de ce fait, ne rentre pas naturellement dans les évaluations qui sont faites par l'Administration.

En plus des apprenties qui travaillent par séries régulières, 60 ont travaillé une heure par jour ; 30 enfants savent faire complètement les layettes ; 30 du crochet et de la dentelle ; 20 savent marquer ; 15 savent faire de la tapisserie ; 6 savent tricoter. Le tableau de la page suivante, donne mois par mois le nombre des *apprenties régulières* et l'évaluation du travail.

Visites, permissions de sorties, congés. — Les enfants ont reçu 3.688 visites ; les *visiteurs* ont été au nombre de 5.968. Ces chiffres témoignent de la sollicitude des familles envers leurs malheureuses enfants. Il semble que, se rendant compte de la responsabilité héréditaire qui leur incombe, elles redoublent d'affection pour elles.

Permissions de sortie d'un jour	27
Congés de 2 jours	26
— 3 —	5
— 5 —	187
— 8 —	36
— 10 —	2
— 15 —	1
Total	284

D'une façon générale, sauf quand il s'agit des *congés d'essai*, à fin de sortie, nous ne tenons pas à

accorder des congés de plus de cinq jours, parce que le séjour des enfants dans leurs familles se prolongeant, il est moins facile de les faire rentrer et surtout parce qu'elles reprennent vite, chez elles, leurs anciennes habitudes; que, à leur retour, elles se plient moins bien à la discipline et travaillent avec moins d'ardeur (1). La Commission de surveillance a visité

MOIS.	NOMBRE D'APPRENTIES		VALEUR DE LA MAIN-D'ŒUVRE.	
	COUT.	REPAS.	COUTURE.	REPASSAGE.
Janvier	30	30	499 fr. 25	54 fr. 20
Février	30	30	347 50	92 75
Mars	33	33	373 50	51 25
Avril	33	33	428 25	94 50
Mai	33	33	372 25	54 95
Juin	32	32	395 »	62 40
Juillet	33	33	489 »	135 60
Août	33	33	509 »	179 85
Septembre	30	30	363 »	149 50
Octobre	28	28	492 »	148 »
Novembre	29	29	454 25	101 40
Décembre	29	29	462 50	114 25
Totaux			5.185 fr. 50	1.238 fr. 65
Total général			6.424 fr. 15	

(1) Les permissions de sortie et les congés de 1 à 5 jours ont donné 1.029 journées qui sont payées 2 fr. 20 par le département à l'Assistance publique, soit un bénéfice de 2.263 fr. 80 cent. Si l'on ajoute à ce chiffre celui du bénéfice du travail professionnel soit 3.224 fr., on voit que nous réalisons à l'Administration un bénéfice de 5.487 fr. qui devrait amener l'Administration à se montrer plus libérale envers la Fondation et la conduire à la doter progressivement de tout ce qui est nécessaire au traitement médico-pédagogique.

la Fondation Vallée le 7 mai et la Commission du Conseil général le 16 novembre.

Promenades. — Elles ont lieu deux fois par semaine, soit dans les communes voisines de la Fondation Vallée, soit à Paris. Le nombre des enfants qui prennent part à ces promenades varie de 60 à 80.

Distractions. — Comme les années précédentes, et sans qu'il soit survenu des inconvénients de la présence simultanée à ces *réunions des enfants des deux sexes*, les petites filles de la Fondation Vallée ont participé en 1901, à toutes les *distractions* données aux garçons de Bicêtre et dont l'énumération figure dans le *Compte-rendu* de la section des garçons de cet établissement (1).

Améliorations diverses. — Aucune nomination à enregistrer cette année. — Notons au nombre des améliorations : 1° la transformation des appareils à gaz par des becs Auër ; — la réfection de portes et peinture diverses ; — l'achèvement de l'installation du sous-sol du pavillon neuf (service des gâteuses invalides et des épileptiques démentes).

De même qu'à Bicêtre, les déguisements du *Mardi-Gras* et de la *Mi-Carême*, la décoration du gymnase où dansent les enfants, le buffet sont faits par les enfants et le personnel. Celles-là, durant l'année, donnent 25 centimes par mois. Quelques parents remettent un peu d'argent pour accroître la petite caisse des enfants. Mlle Raymond, suppléante a remis 25 fr. Une dame Roussel, en remerciement d'un modèle de dentelle qui lui a été donné, a envoyé 10 fr.

(1) Citons parmi les jeux les plus intéressants au point de vue pédagogique le jeu de dominos ordinaire et notre jeu de dominos en couleur (dominos colorés, dominos chromatiques, etc..). Avec les premiers nous apprenons aux enfants à *compter*, avec les deuxièmes nous leur enseignons les couleurs.

L'Administration fournit cent brioches qui sont vendues au buffet 0 fr. 10 cent. et c'est tout. Les dépenses consistent en achats d'étoffes, rubans, mousseline, coiffures, musiciens, etc. Au Mardi-Gras, la caisse contenait 120 fr. les recettes ont été de 84 fr. Le déficit a été comblé par la surveillante. — A la Mi-Carême, la caisse s'était enrichie de 40 fr., les recettes ont été de 74 fr., soit 114 fr. Après le remboursement des avances faites par la surveillante, il est resté en caisse 17 fr. pour servir aux déguisements de 1902. Cinquante enfants ont été travesties. Comme d'habitude, la fanfare des enfants de Bicêtre est allée les chercher à la Fondation. Elles se sont réunies aux garçons déguisés dans le gymnase de la section de Bicêtre, où nous avons l'habitude de les passer en revue avec le directeur, l'économe et les employés de la Maison, puis tous réunis ont parcouru, musique en tête, les sections d'aliénés et les cours de l'hospice, à la vive satisfaction des aliénés et des administrés. Après le déjeuner, de 2 à 6 heures, elles ont dansé dans le gymnase de la Fondation. Nombre de parents assistent à ces fêtes qui se renouvellent chaque année, modestement, depuis l'ouverture de la Fondation en 1890.

Teigne. — Quinze enfants ont été soignées pour la teigne au pavillon d'isolement de la section de Bicêtre. A la fin de l'année, il ne restait plus que 5 enfants en traitement.

Maladies infectieuses. — Deux fillettes ont été soignées au même pavillon, l'une pour la *diphtérie*, l'autre pour une angine pultacée, cette dernière a succombé (Feldm... Pauline). L'enfant Bartholom... y a été traitée à deux reprises différentes pour un *érysipèle de la face*; enfin l'enfant Dun... y a été soignée et guérie de la *rougeole*. Signalons au nombre des maladies infectieuses, l'épidémie de *coqueluche* qui avait débuté

à la Fondation Vallée le 18 février et qui s'est terminée le 4 juin sans cas mortel. Toutes les enfants au nombre de 32, sauf 3 mises en observation à l'isolement, ont été soignées à la Fondation où nous les avions installées dans la même salle, désinfectée, naturellement, à la fin de l'épidémie.

Maladies intercurrentes. — 8 enfants ont été traitées à l'infirmerie pour *bronchite;* 3 pour *broncho-pneumonie;* 1 pour *congestion cérébrale;* 2 pour *pneumonie;* 3 pour *tuberculose pulmonaire*; 1 pour *méningite*; 1 pour accidents cérébraux (*congestion*)*;* 2 pour *fièvre typhoïde*; 9 pour la *grippe*; 15 pour *séries d'accès* ou *états de mal*; 80 pour *ophtalmie* (conjonctivite, kérato-conjonctivite); 6 pour *engelures;* 15 pour *impétigo*; 4 pour *entérite*; 1 pour *brûlure;* 2 pour *excitation maniaque*; 1 pour *fracture* des os de l'avant-bras droit. Ajoutons aussi que, de même qu'à l'infirmerie des garçons de Bicêtre, les fillettes qui, soit en jouant, soit dans des accès se font des contusions sont immédiatement conduites à l'infirmerie, où Mlle JAMOULLE, première infirmière, attachée spécialement à ce service, leur fait sur nos indications ou celles de notre interne, les pansements nécessaires avec le plus grand soin.

Vaccinations et Revaccinations. — Elles ont été au nombre de 41 dont 6 avec succès. De même qu'à Bicêtre nous revaccinons avec nos infirmières toutes les entrantes et toutes les malades qui sont à la Fondation depuis 5 ou 6 ans.

Bains et hydrothérapie. — Comme les années précédentes, nous avons eu recours dans une large mesure aux bains et aux douches. Quant aux autres moyens de *traitement*, ils ont été les mêmes que dans notre section de Bicêtre. Signalons surtout les *leçons de choses*,

soit en classe, soit dans les jardins et les promenades. Nous veillons le plus possible à l'*hygiène sexuelle*, et pour les petites gâteuses et pour les petites filles pubères. Les enfants prennent leurs douches à la Fondation; ce n'est qu'en cas de réparations qu'elles les prennent à Bicêtre. Quant aux *bains*, nous avons dû recourir encore cette année aux bains de Bicêtre. Les *bains de pieds* ont été donnés à la Fondation où existe, comme nous l'avons dit, une installation convenable. Voici la statistique des *bains et des douches* en 1901.

Bains simples	4.838
Bains salés	427
Bains amidonnés	233
Bains pris à Bicêtre	2.947
Total	8.445
Douches	33.125
Bains de pieds	4.887

Douze enfants ont été soumises à la *médication thyroïdienne* : 4 *myxœdémateuses* (Lar.., Wath.., Kræm.., Gangl..), 8 atteintes de *nanisme* à un degré variable (Delorm.., Beaud.., Fus.., Deses.., Imb.., Priqu.., More.., Ledl..).

II.

STATISTIQUE.— MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1901, il restait à la Fondation Vallée 213 enfants se répartissant ainsi :

Épileptiques	52
Hystériques	2
Idiotes ou imbéciles	159
Total	213

Sur ce nombre 85 étaient *gâteuses*, 2 atteintes de *surdi-mutité*; 6 de *cécité*; 2 étaient *ruminantes*; 3 *écholaliques*; 20 *onycophages*; 2 *flaireuses*; 8 *hémiplégiques*; 1 *athétosique*; 1 *choréique*; 11 *paraplégiques* et 15 *diplégiques*. Maintenant voici le tableau du *mouvement de la population* en 1901.

MOIS.	ENTRÉES	SORTIES.	DÉCÈS.	TRANSFERTS.
Janvier	8	1	»	2
Février	2	1	2	2
Mars	13	3	3	»
Avril	5	»	2	3
Mai	2	1	3	»
Juin	6	2	2	»
Juillet	1	2	»	»
Août	2	2	»	»
Septembre	2	5	1	»
Octobre	I	3	2	»
Novembre	3	1	1	»
Décembre	3	1	»	»
Totaux	48	22	16	7

Décès. — Les décès ont été au nombre de 16. Le tableau des pages XCVIII à CI fournit les renseignements concernant le diagnostic, la date et la cause du décèsainsi que les principales particularités présentées par les malades.

Sorties. — Les sorties ont été au nombre de 22; le tableau des pages CII à CIV indique les motifs de la sortie, la nature de l'affection dont étaient atteintes les malades et leur degré d'amélioration à leur sortie.

Evasions. — Comme les années précédentes nous n'avons pas eu d'évasions en 1901.

Transferts. — Ils ont été au nombre de 7 seulement, 6 à Villejuif et 1 en Suisse.

Population au 31 décembre. — Il restait à la Fondation, le 31 décembre 216 enfants, se décomposant ainsi :

Idiotes et imbéciles	162
Epileptiques	53
Hytériques	1
Total	216

Sur ce nombre 78 sont *gâteuses*; 4 atteintes de *cécité* 2 de *surdi-mutité*; 2 sont *bègues;* 3 présentent du *mutisme volontaire*; 6 sont particulièrement *impulsives*; 4 sont atteintes d'*hébéphrénie*; 5 ont des *accès de colère*; 10 sont *paresseuses;* 18 *turbulentes*; 16 sont *menteuses*, à un degré vraiment pathologique; 4 offrent une appétence marquée pour *le vin*; 2 sont atteintes de *dacnomanie*; 2 de *pyromanie*; 2 d'*écholalie*; 3 de *krouomanie*; 4 de *clastomanie;* 4 de *coprolalie;* 3 de *kleptomanie;* 3 d'*échokinésie*; 4 de *coprophagie*; 1 *déchire ses ongles;* 2 sont *flaireuses*; 1 est *ruminante;* 8 sont *onychophages;* 14 sont *onanistes;* 5 offrent des *tics convulsifs de la face*; 9 du *balancement* du *tronc* avec *rotation de la tête; 4 idiotes* sont *tourneuses*; 1 est *sauteuse;* 1 *grimpeuse*; 1 est atteinte d'*hémiparésie*; 7 de *paraplégie*; 11 d'*hémiplégie*; 1 de *maladie* de *Little*; 2 offrent des *pieds bots*, 1 est *athétosique* et 2 atteintes de *cyphose*.

Personnel. — Il a été composé en 1901 d'un médecin, d'un interne titulaire, M. Ambard qui nous a

prêté un concours dévoué pour la prise des observations de l'année ; d'une surveillante, Melle LANGLET, de 3 sous-surveillantes, Mmes EHRMANN, LAPEYRE et CROIZELLE ; d'un sous-surveillant-portier, M. CROIZELLE ; de 3 premières infirmières, Mmes QUATRE, JAMOULLE et BARUET ; d'un infirmier, M. Piederrière, de 12 infirmières de jour et 6 de nuit. Total du *personnel secondaire*, 26.

Les résultats obtenus encore cette année à la Fontion Vallée sont dignes des plus grands éloges. C'est au personnel, et en premier lieu à Mlle LANGLET, et à ses collaboratrices, citées plus haut, que nous les devons. Nous sommes heureux de les signaler. Le fonctionnement aussi parfait que possible et *très économique* de la Fondation Vallée, montre les avantages incontestables des établissements dont la population est limitée et qu'il est possible, quand il s'agit de filles, de les confier à des *femmes*.

NOMS.	AGE.	PARTICULARITÉS.	Date du décès.
Lousta........	3 ans 1/2.	Idiotie complète. Type mongolien.	13 février.
Felma	4 ans 1/2.	Idiotie microcéphalique.	16 février.
Moi	4 ans 1/2.	Idiotie microcéphalique. Cécité à gauche.	7 mars.
Binvign	5 ans 1/2.	Imbécillité symptomatique d'hydrocéphalie.	18 mars.
Thom	23 mois.	Idiotie myxœdémateuse.	27 mars.
Connéta	7 ans.	Idiotie. Type pseudo-mongolien.	18 avril.
Lan...........	8 ans 1/2.	Idiotie.	27 avril.
Vander Sloo...	16 ans 1/2.	Imbécillité. Épilepsie.	11 mai.

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Croup. Broncho-pneumonie.	**Os du crâne minces et peu durs ; persistance de la fontanelle antérieure. Os épactal volumineux. — Pas de synostose. — Méningo-encéphalite partielle. — Persistance du thymus. — Broncho-pneumonie. — Croup.**
Broncho-pneumonie.	**Opposition à l'autopsie.**
Cachexie progressive.	**Crâne ovoïde ; plagiocéphalie ; os minces, peu durs, nombreuses plaques transparentes. — Persistance des sutures. — Cerveau fœtal. Méningo-encéphalite chronique. — Atrophie du nerf optique gauche correspondant à la cécité de ce côté. — Cachexie progressive.**
Brûlures.	**Os du crâne peu épais ; calotte volumineuse. — Persistance de toutes les sutures. Hydrocéphalie ; ventricules latéraux notablement dilatés. — Persistance du thymus. — Abcès du rein droit.**
Broncho-pneumonie double.	**Os du crâne très minces ; persistance de la fontanelle antérieure et de la suture métopique. — Arrêt de développement des circonvolutions.** ***Absence de la glande thyroïde.*** **— Broncho-pneumonie double.**
Granulie.	**Os du crâne minces, peu durs ; plaques transparentes. — Persistance des sutures. — Arrêt de développement des circonvolutions. — Persistance du thymus. — Anomalie du poumon gauche (3 lobes). — Granulie.**
Tuberculose généralisée. Symphyse cardiaque.	**Os du crâne minces, peu durs ; plaques transparentes. — Persistance de toutes les sutures. — Méningo-encéphalite disséminée. — Tuberculose généralisée. — Symphyse cardiaque.**
Traces de pleurésie double.	**Os du crâne épais et durs ; persistance des sutures. Vascularisation intense de la pie-mère. — Méningo-encéphalite. — Endocardite ancienne. — Traces de pleurésie double. Adénopathie trachéo-bronchique.**

NOMS.	AGE.	PARTICULARITÉS.	Date du décès.
Bea	16 ans.	Idiotie. Rachitisme.	27 mai.
Boucher	8 ans.	Idiotie complète. Paraplégie.	30 mai.
Vergno	11 ans 1/2.	Imbécillité. Épilepsie.	2 juin.
Mang	5 ans.	Idiotie complète.	22 juin.
Guimpre	13 ans 1/2.	Idiotie complète.	26 septemb.
Tie	13 ans.	Idiotie.	2 octobre.
Ferr	5 ans.	Épilepsie.	25 octobre.
Bourd.........	14 ans 1/2.	Imbécillité. Épilepsie.	10 novemb.

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Tuberculose généralisée.	Crâne à forme trigone ; os peu épais, durs, nombreuses plaques transparentes ; synostose des 3/4 de la suture interhémisphérique. Petite tumeur sur les plexus choroïdes. — Absence complète du corps calleux. — Tuberculose généralisée.
Cachexie.	Crâne rond ; plagiocéphalie prononcée. — Os durs, assez épais ; plaques transparentes. Epaississement et aspect blanc laiteux de la dure-mère. — Pseudo-parencéphalie bilatérale.
Luxation de l'olécrâne. Infection purulente.	Le cadavre ayant été envoyé à l'École pratique avant le délai légal, l'autopsie n'a pu être faite que pour le cerveau. Luxation de l'olécrâne : infection purulente. Rien dans les centres nerveux.
Pneumonie double.	Crâne à forme ovoïde très prononcée ; os peu épais mais durs. — Méningo-encéphalite disséminée. — Persistance du thymus. — Pneumonie double.
Broncho-pneumonie double.	Os du crâne minces, peu durs ; pas de synostose. Méningo-encéphalite disséminée. — Lésions syphilitiques du foie, de la rate et de l'intestin. — *Appendicite* avec ulcération de l'appendice.
Accidents méningitiques.	Ecchymoses du cuir chevelu. — Crâne assez épais, mou ; injection prononcée de la coupe. — Pas de synostose. — Épaississement notable de la dure-mère. — Méningo-encéphalite et état grêle des circonvolutions. — Léger degré de dégénérescence graisseuse du foie. — Accidents méningitiques.
État de mal.	Os du crâne minces et peu durs ; plaques translucides ; persistance de la suture métopique. — Méningo-encéphalite. Quelques plaques de thymus. — *Appendicite.* — État de mal.
État de mal.	Os du crâne assez épais et assez durs ; pas de synostose. Plagiocéphalie légère. Injection prononcée de la pie-mère. — Congestion des poumons dans leur lobe inférieur. État de mal.

NOMS.	AGES.	NATURE DE LA MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Herl	16 ans.	Idiotie. Gâtisme.	Transférée à l'Asile de Villejuif le 26 janvier. Même état.
Simon	5 ans.	Idiotie. Gâtisme.	Transférée en Suisse le 28 janvier. Même état.
Clér	12 ans.	Imbécillité prononcée.	Rendue à sa famille qui s'oppose au transfert en Italie le 31 janvier. Même état.
Dur	17 ans 1/2	Imbécillité. Épilepsie.	Rendue à sa mère le 5 février. Amélioration notable.
Grou	18 ans.	Imbécillité. Épilepsie.	Transférée à l'Asile de Villejuif le 13 février. Même état.
Blond	17 ans.	Imbécillité. Épilepsie.	Transférée à l'Asile de Villejuif le 26 février. Même état.
De Mich	16 ans.	Imbécillité. Épilepsie.	Rendue à sa mère le 2 mars. Amélioration notable.
Tailhar	9 ans.	Imbécillité prononcée.	Rendue à sa famille qui la réclame le 5 mars. Même état.
Thib	18 ans.	Imbécillité.	Rendue à son père qui la réclame le 30 mars. Amélioration.
Man	18 ans.	Idiotie. Cécité.	Transférée à l'Asile de Villejuif le 24 avril. Même état.

Graf	17 ans 1/2	Idiotie. Gâtisme.	Transférée à Villejuif le 24 avril. Même état.
Bolz	17 ans 1/2	Idiotie. Gâtisme.	Transférée à l'Asile de Villejuif le 24 avril. Même état.
Gassel	16 ans.	Arriération intellectuelle. Aliénation mentale.	Rendue à sa mère le 24 mai. Très améliorée.
Rich	19 ans.	Imbécillité.	Placée chez Mme Bazelaire, institutrice, sortie définitivement le 19 juin. Très améliorée.
Pin	19 ans 1/2	Imbécillité. Épilepsie.	Infirmière à Boucicaut sortie le 20 juin. Très améliorée.
Pao	15 ans.	Imbécillité prononcée.	Rendue à sa famille qui s'oppose au transfert à Marseille le 19 juillet. Même état.
Seinig	9 ans.	Imbécillité.	En congé, non rentrée. Rendue à sa mère le 30 juillet. Même état.
Sib	16 ans.	Imbécillité.	Rendue à sa famille qui la réclame le 13 août. Amélioration notable.
Ponc	15 ans.	Imbécillité prononcée.	Rendue à sa famille qui la réclame le 13 août. Légère amélioration.
Fon	14 ans.	Imbécillité. Chorée.	Rendue à sa famille le 4 septembre. Notablement améliorée.

NOMS.	AGES.	NATURE DE LA MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Frei	15 ans.	Imbécillité.	Rendue à sa famille le 14 septembre. Même état.
Schneid	8 ans.	Idiotie. Gâtisme.	Rendue à ses parents qui la réclament. Même état.
Mail	16 ans.	Imbécillité.	En congé, non rentrée. Rendue à sa mère le 19 septembre. Même état.
Breth	17 ans.	Imbécillité.	Rendue à sa famille le 30 septembre. Notablement améliorée.
Arn	14 ans 1/2	Imbécillité. Hémiplégie gauche.	Rendue à sa famille le 9 octobre. Amélioration notable.
Rol	15 ans.	Hébéphrénie.	Rendue à sa famille le 12 octobre. Très améliorée.
Hect	9 ans.	Imbécillité. Épilepsie.	Rendue à sa famille le 19 octobre. Amélioration.
Gres	7 ans.	Idiotie. Gâtisme. Épilepsie.	Rendue à sa famille qui la réclame le 5 novembre. Même état.
Gudef	9 ans.	Imbécillité prononcée.	Rendue à sa famille qui s'oppose au transfert le 16 décembre. Très améliorée.

SECTION III. — **Assistance et enseignement.**

Classes ou Écoles spéciales pour les enfants arriérés.

Communication à la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine.

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

Nous vous avons montré, au cours de votre visite, un certain nombre d'enfants idiots, imbéciles et arriérés, améliorés au point de pouvoir être rendus à leurs familles, s'il était possible, en ville, de continuer le traitement médico-pédagogique et de poursuivre avec succès l'amélioration déjà obtenue. Ce moyen est trouvé : ce sont les *Classes spéciales* annexées aux écoles primaires ou mieux les *Ecoles spéciales* pour les *enfants arriérés*.

Vous connaissez tous mes efforts pour la réalisation de cette réforme à laquelle vous avez donné votre assentiment. Avant de vous soumettre de nouveaux documents, il nous parait y avoir quelque utilité à rappeler sommairement les premières étapes.

Après nous être borné à signaler au jour le jour, dans le *Progrès Médical* et les *Archives de neurologie* les tentatives faites à l'étranger pour l'instruction et le traitement des enfants arriérés, dont l'hospitalisation ne s'impose pas, en instituant pour eux des cours spéciaux, nous avons soumis la question en 1891, à la délégation cantonale du Vme arrondissement. Sur nos indications,

l'inspecteur primaire des Vme et VIme arrondissements a fait une enquête sommaire qui a montré que le nombre des arriérés était plus considérable qu'on ne le pensait et que notre proposition était justifiée.

En juin 1894, au *Congrès national d'assistance* de Lyon, nous avons insisté sur la création des classes spéciales comme moyen d'assistance, dans la famille, du groupe important des enfants arriérés (1).

En décembre 1895, rapport à la délégation cantonale du Vme arrondissement qui, conformément à notre conclusion, émet le vœu « *qu'il soit créé dans quelques-uns des arrondissements de Paris, des classes spéciales pour les enfants arriérés n'offrant ni perversions des instincts, ni accidents convulsifs.* »

Le 2 juin 1896, nous vous avons fait une communication démontrant l'utilité incontestable des classes spéciales, *au point de vue de l'assistance*, parce qu'elles permettraient de désencombrer les sections d'enfants en y envoyant ceux qui sont suffisamment améliorés. La Commission a émis un vœu analogue à celui de la délégation cantonale du Ve arrondissement.

En décembre de la même année, communication à la Commission d'assistance du Conseil général comprenant une *Lettre de M. Carriot au sujet de la statistique des enfants arriérés existant dans les écoles primaires de la ville de Paris*, et notre réponse donnant la *Classification et la définition* de toutes les formes de l'idiotie et précisant celles qui relèvent des classes spéciales.

Le 7 juin 1898, nous vous avons remis une nouvelle *Note* renfermant des renseignements sur la *Suisse*, l'*Angleterre*, la *Belgique*, et vous avez renouvelé votre vœu.

Le 16 mai 1899 : Lettre à M. Ch. Dupuy, président du Conseil, ministre de l'intérieur ; — Note sur les classes spéciales en *Prusse* et en *Belgique*. Renouvellement de votre vœu.

Le 8 mars 1900, *Note* sur le mouvement en faveur des

---

(1) Bourneville. — *Assistance publique, traitement et éducation des enfants arriérés*, rapport au Congrès national d'assistance de Lyon.

enfants arriérés en *Italie*, asiles-écoles, classes spéciales; — École spéciale pour enfants arriérés à *Amsterdam*.

Le 1er août 1900, communication sur le même sujet au *Congrès international d'assistance publique* (Procès verb., t. IV, p. 295).

Le 7 mai 1901, *Note* sur les classes spéciales pour les enfants arriérés à *Berlin*. En 1900 et en 1901, vous avez encore renouvelé votre vœu.

En octobre 1901, discussion au Congrès d'assistance familliale, du rapport de M. Manheimer sur l'*Assistance familliale des enfants arriérés*.

Toutes ces communications figurent dans nos *Procès verbaux*. Elles ont été distribuées en brochures, adressées aux autorités compétentes, aux membres de la Commission d'assistance du Conseil général. Si nous les rappelons, c'est afin que ceux qui traiteront à leur tour de cette question puissent utiliser les nombreux documents qu'elles renferment et, dans la mesure de leur honnêteté, rendre justice à nos efforts plus persévérants que fructueux.

* * *

Voici maintenant de nouveaux documents sur les progrès des *Classes* ou des *Écoles spéciales* pour les enfants arriérés dans différents pays. Nous commencerons par la traduction, due à l'un de nos internes, M. MOREL, d'un travail d'ensemble sur cette question qui intéresse vivement les médecins et pédagogues... au-delà de nos frontières.

* * *

Écoles spéciales pour enfants anormaux;

PAR LE Dr SAMUEL J. FORT. Ellicotcity, M. D.

Au commencement de novembre 1892, le Ministre de l'Instruction Publique à Berlin, prenait l'arrêté suivant

relatif à la sélection pratiquée parmi les élèves des écoles par les autorités locales, dans plusieurs villes de Prusse. — Ces autorités séparaient du gros des élèves, les enfants d'intelligence lourde et lente, mais normaux par ailleurs et absolument distincts des idiots et organisaient pour eux des écoles spéciales, ou des classes spéciales dans les écoles les plus nombreuses. — Le ministre insistait particulièrement pour qu'on n'admît pas les idiots dans ces écoles spéciales, — les idiots relevant des asiles quant aux soins que leur état nécessite, — mais seulement les enfants spéciaux, anormaux, qui sont « poids mort » dans une école, leur peu de disposition à assimiler les mettant en état d'infériorité, comparativement à la moyenne des élèves. — Or, ces enfants, peuvent bénéficier de méthodes spécialement adoptées à leur niveau intellectuel, et le cours de leurs études peut être prolongé ou abrégé selon les moyens qu'on leur reconnait. En outre, recommandation spéciale de soumettre à l'examen médical tout enfant envoyé aux écoles ou aux classes de sujets anormaux, afin qu'on puisse déterminer la cause de son infirmité intellectuelle, et la mesure dans laquelle on peut remédier à cet état de choses. L'arrêté se terminait par une demande de rapports des Inspecteurs des Écoles, affectés à un district possédant des établissements spéciaux.

En 1891, on publie le résultat de cette enquête, qui établit que 18 villes de Prusse possèdent des écoles ou des classes spéciales, où sont traités les seuls enfants arriérés, les idiots qui les occupaient antérieurement ayant été évacués. On constatait en outre qu'un certain nombre d'enfants bénéficiaient de 2 ou 3 années d'écolage, sans toutefois pouvoir été ramenés au niveau des enfants normaux. Voici les chiffres du rapport de 1894 : 18 villes possédant 26 institutions ; plusieurs centaines d'enfants en traitement ; 43 instituteurs, 21 institutrices ; et un total moyen de 24 heures de travail par école. —

Le rapport scolaire de 1896 constate que les villes pourvues d'établissements spéciaux sont au nombre de 27, et que le nombre des élèves est porté à 2.017.

La même année, une commission royale reconnait que le Comité pour enfants arriérés et épileptiques, constitué par sa grâce le duc de Devonshire a montré avec toutes les preuves désirables la nécessité de séparer les enfants arriérés et épileptiques, des enfants normaux dans les écoles de la Grande-Bretagne. Le rapport de la commission de 1896, publié en 1898, est une étude complète et conçue dans un esprit très scientifique de deux variétés d'enfants anormaux étudiés par des spécialistes familiarisés avec les soins, l'instruction et le genre de vie qu'ils réclament. Et il a fallu à ces hommes et à ces femmes cinquante années d'efforts et de travail pour que le public s'intéressât à leur œuvre. — Ces différents rapports, ainsi que les travaux publiés à l'étranger constitueront, à n'en pas douter, un pas en avant dans le domaine des sciences psychologiques et sociologiques. — L'importance de la question, au point de vue national, ne saurait être discutée. En effet, il y a, aux États-Unis, près de 100.000 arriérés ; dont un vingtième à peine reçoit des soins spéciaux ; de plus, pour 800 enfants normaux, il faut compter un anormal ; ajoutons encore, ce fait bien établi, que 1 pour 100 des enfants de nos écoles publiques, a besoin d'une éducation spéciale en raison de son infériorité comparativement à ses camarades. La conclusion de cette statistique du large pourcentage d'enfants au-dessous de la moyenne intellectuelle, est qu'il faut examiner de près ce qu'on peut faire pour eux. *Nous estimons que l'État doit assumer la charge de toutes les variétés d'enfants anormaux* et que la question intéresse les contribuables par deux points : le premier consiste à prévenir l'augmentation de cette catégorie d'enfants ; le second consiste à les soigner, à les éduquer de telle manière qu'ils puissent — en partie, du moins — pourvoir à leur subsistance. Nous ne discuterons que le second point qui doit être examiné quant à deux variétés d'enfants arriérés.

Il est regrettable que l'accord ne soit pas fait sur ce qu'il faut entendre par « débile mental » ; il y a peut-être une impossibilité à le définir, en ce que ce terme embrasse tous les degrés de défectuosité mentale, depuis l'inperfection

peu sensible, et si près de la normale, dit Séguin père, que des médecins compétents peuvent à peine établir la différence, jusqu'au degré très marqué où le traitement ne pourra obtenir quelque résultat que dans l'exécution de travaux élémentaires, tels que le balayage ou le lavage des planchers.

Kerlin donne la classification la plus schématique des enfants anormaux, qu'il divise en :

Débiles mentaux.	Imbécile	Degré très marqué.
		Degré moyennement marqué.
		Faible degré.
	Idiots. Imbéciles.	
Idiots.	Turbulent.	
	Apathique.	

Mais cette classification vise spécialement les malades internés; de ceux-ci, nous ne dirions rien d'autre qu'étant notoirement reconnus comme anormaux, ils doivent être naturellement traités dans des établissements spéciaux.

Ce n'est pas sur cette catégorie de malades que nous voulons attirer l'attention, mais sur le groupe d'enfants dont parlent les rapports de la Grande Bretagne et de la Prusse, sur ce groupe d'enfants, que telle ou telle défectuosité mentale, rend inaptes à profiter des méthodes usuelles d'enseignement. Ces enfants répondent à peu près à la classification suivante :

Délinquants.	Incorrigibles.
	Vagabonds,
Hébétés.	

Je ne suis pas suffisament documenté pour établir que tout délinquant est, en soi, un défectueux mental, mais je suis pleinement convaincu que ces malades auraient besoin d'un traitement mieux approprié et plus conforme à la scicnee que celui qu'ils reçoivent dans les maisons de Correction.

Il est probable que tous les enfants défectueux sont

délinquants à un degré quelconque; mais beaucoup d'entre eux reçoivent de l'influence du milieu une atteinte plus grave que celle qui résulte de leur état cérébral. Il nous suffit d'examiner nos propres enfants et de supposer un instant dans quelle situation sociale ils se trouveraient, si nous ne leur fournissions les moyens de parvenir dont nous disposons, pour mieux comprendre que ne le fait le corps politique, le besoin qu'il y a de faire de ces malheureux enfants des hommes honorables et sachant se faire respecter.

L'avenir n'a pas dit son dernier mot sur la question des besoins des enfants délinquants. Ainsi que je l'ai déja établi, on reconnaitra qu'une forte proportion n'ayant qu'une mentalité inférieure doit être placée dans des institutions spéciales et non dans les maisons de correction de l'État. Du moins, sont-ils soumis à quelque traitement, ce qui vaut encore mieux que rien, et peut-être le jour n'est-il pas éloigné ou nous pourrons faire pour eux plus que nous faisons.

A quoi reconnait-on l'Arriéré ?

D'une façon générale, l'instituteur peut choisir une forte proportion de sujets sur chaque centaine de malades, et les soumettre à l'analyse compétente d'un médecin qui tâchera de diagnostiquer les arriérés et d'en dresser le pourcentage.

C'est la raison d'être d'une surveillance médicale autorisée dans nos écoles publiques, car il est évident que nous devons fournir aux maitres les meilleurs éléments si nous voulons exiger d'eux les meilleurs résultats. Alors que les salles de classe ne sont pas encore établies sur les règles d'hygiène, laissez le maitre nous dire combien un arriéré, garçon ou fille, porte entrave à tout travail scolaire; comment toute tentative quelqu'elle soit doit être fondée en vue du but spécial à obtenir chez l'enfant arriéré, qui livré à lui-même, sans jugement et sans force morale, peut être le jouet de camarades plus favorisés et parfois en mesure de comprendre son imperfection, sans la plaindre, ou bien être nanti d'un certain jugement qui en fait un danger social.

Le maitre, alors, en conférant avec un expert médical compétent, découvrira sans grande peine les arriérés.

Le rapport anglais précité n'établit pas de distinction entre les enfants normaux et les arriérés au-dessous de sept ans. Je voudrais en finir avec cette question, en m'appuyant sur mon expérience personnelle qui me permet d'affirmer que les éducateurs du premier âge, s'occupant d'enfants normaux dans les écoles maternelles publiques, sont parfaitement en mesure de reconnaitre un arriéré ou un débile mental. Et tant qu'on emploiera au-dessous de sept ans la même méthode d'instruction pour les enfants normaux et pour les arriérés, je me déclarerai incapable de comprendre qu'on trouve des esprits autorisés pour admettre qu'un système de traitement et déducation applicable à un arriéré n'a pas besoin d'être modifié et adapté à chaque malade. Il est évident que le terrain pathologique évolue, à preuve que les experts admettent qu'à sept ans, un arriéré réclame un traitement pédagogique conforme à son éducation cérébrale, mais j'estime que le traitement spécial pratiqué par des maitres autorisés a donné toute la mesure de son efficacité chez des enfants de moins de sept ans ; et je ne puis m'empêcher de croire que plus jeune un arriéré sera soumis au traitement pédagogique, meilleurs seront les résultats, et plus facile sera la tâche de ses futurs maitres.

Il y a quantité d'enfants dont on ne fera actuellement rien de bon avec les méthodes disciplinaires, et qui, si on les avait traités dès leur plus bas-âge, eussent été très améliorés. Les instituteurs des écoles spéciales doivent être rompus à leur métier, quelque aptitude qu'ils semblent posséder. Il leur faut une santé robuste, sous peine de ne pouvoir mener à bien leur travail scolaire, une aptitude quelconque ne tient pas devant une digestion laborieuse. Il leur faut un tact infini, de l'originalité et une grande persévérance. L'habitus extérieur est pour beaucoup dans les résultats d'un maitre; il lui faut donc être propre, soigné dans sa personne et dans sa tenue, tout cela commande le respect, force l'obéissance, tous facteurs de succès. Pour cette raison je crois que les femmes feraient de meilleurs

professeurs que les hommes, dans nos établissements spéciaux; du reste, le fait que j'avance est prouvé dans la pratique des institutions d'arriérés. Quoi qu'il en soit, homme ou femme, le maitre idéal doit être familiarisé avec les détails des travaux manuels ; il doit savoir dessiner ; et il n'y aurait pas d'inconvénient à ce qu'il connaisse les soins à donner aux tous petits enfants. En plus de tout cela, il faut être bon marcheur, pouvoir courir, pouvoir sauter ; sous peine de ne pouvoir diriger une classe, dont chaque individu a besoin de marcher, de courir et de sauter.

Des heures d'étude.

Dans le traitement des enfants anormaux, il ne faut évidemment pas multiplier outre mesure les heures d'étude; il ne faut pas non plus reporter pour telle occupation, le temps accordé pour telle autre, En Allemagne. pour une période de six jours on attribue 24 heures à l'étude.

A Londres, 25 heures de travail intellectuel par semaine de 5 jours avec un repos de deux heures à midi, et des poses de cinquante minutes le matin et le soir.

Il est plus que probable que le meilleur emploi du temps est le suivant : le matin, deux heures et demie d'étude, coupées par deux repos de dix minutes. L'après midi : deux heures d'études. Entre l'étude du matin et celle du soir, un repos d'une heure et demie.

Progression de l'instruction.

Quand on veut établir la direction à imprimer au traitement des arriérés, on est parfois arrêté par la difficulté de préciser le point exact où on veut aboutir. Il est évident que si nous avons affaire à un enfant susceptible de faire un adulte normal au point de vue mental, le traitement pédagogique sera plus compliqué que s'il s'agit d'un enfant destiné à passer toute sa vie dans un asile d'aliénés.

N'y a-t-il pas là une grave question à résoudre ? Et devons-nous nous arrêter à cette théorie qu'il existe des cerveaux à fonctions latentes et qu'un traitement bien diri-

gé peut faire de l'enfant qui possède un tel organe non seulement un individu en mesure de gagner sa vie, mais un être qui s'approche tellement de la normale que son état mental devient mieux équilibré que celui de ses parents. C'est là un point qu'il faut étudier et discuter avec tact. Les méfaits de l'hérédité pathologique, de l'alcool, de la syphilis, de la tuberculose sont connus, et appellent la réforme de la législation du mariage, réforme qui mettrait un frein aux effets désastreux qu'entraînent ces fléaux sociaux. Mais je doute qu'il faille considérer tout arriéré comme le produit d'une hérédité pathologique. Étudions maintenant les meilleures méthodes d'éducation employées dans nos écoles.

La base du traitement pédagogique doit être adaptée aux moyens intellectuels dont l'enfant dispose ; et mon expérience me conduit à limiter le premier stade du traitement à l'enseignement de la lecture et de l'écriture et de quelques notions d'arithmétique ; en considérant cet enseignement comme simplement complémentaire de l'éducation manuelle, qui est, j'en suis convaincu, la sphère où l'on doit se mouvoir avec de tels enfants.

L'instituteur aura la plus grande latitude pour établir l'emploi du temps, sous cette réserve que : le travail intellectuel le plus difficile soit exécuté le matin; que la leçon ne dure pas plus de 30 minutes ; que la leçon soit précédée de quelques minutes d'exercice physique.

Les enfants d'un âge donné varient beaucoup quant à la rapidité de leur évolution mentale, aussi est-il sage de laisser à l'instituteur plus ou moins de latitude dans la progression du travail de ses élèves.

Le choix du traitement et de l'éducation manuelle a une grande importance. Pour les petits enfants, toutes les occupations physiques de la petite enfance conviennent. Pour les enfants plus âgés, il faut choisir entre diverses professions : menuisier, vannier, tailleur, tisserand, relieur, cordonnier, rempailleur, fabricant de brosse et de balais. Les filles seront plus spécialement exercées aux travaux d'aiguille, à la cuisine, à la buanderie et autres

travaux peu pénibles qu'on leur apprend d'ordinaire (1).

Beaucoup de raisons plaident en faveur de l'éducation physique dans les écoles dont nous nous occupons. C'est maintenant un fait bien connu qu'une forte proportion des enfants de nos écoles a une vision défectueuse : la myopie est la plus habituelle, et s'accroit avec l'âge. De même, les auristes nous ont appris la fréquence des imperfections du sens auditif ; et on peut affirmer que beaucoup, beaucoup d'arriérés ne sont arriérés qu'à cause d'une malformation sensorielle telle que les précédentes. Aussi en enseignant les arts mécaniques, ou le dessin, qui mettent en-jeu l'œil et la main, avons-nous une véritable pierre de touche du bon fonctionnement des sens. Et, nouvel argument en faveur de la présence nécessaire d'un médecin dans toutes les écoles d'arriérés, dès que l'instituteur découvre une anomalie dans le fonctionnement des sens, il doit soumettre l'enfant à l'examen médical, en vue du diagnostic à poser et du traitement à indiquer.

Feu Francis A. Walker, président de l'Institut de Technologie du Massachusetts, et bien connu à Baltimore, s'exprime ainsi au sujet de l'éducation manuelle : « J'estime que, chez l'enfant, l'éducation manuelle est à l'intelligence ce que la chirurgie orthopédique est au corps. Je ne vise pas son influence sur l'œil et sur la main ; mais, j'estime que son rôle capital est avant tout de redresser l'intelligence : comme la chirurgie redresse une jambe tordue, renforce une articulation malade, cicatrise une lésion, qui, livrée à elle-même, produirait des dégâts sérieux et irréparables. Il n'est personne d'entre nous qui n'ait vu des difformités et des malformations infantiles prétendues incurables, absolument guéries par les attelles, le massage, les topiques et le bistouri de l'orthopédiste. — Eh bien, j'estime, en fin de compte, que nombre d'enfants venus dans nos écoles, arriérés, défectueux au point de vue mental, peuvent être absolument transformés

(1) C'est exactement ce que nous faisons à Bicêtre et à la Fondation Vallée.

par l'emploi judicieux d'appareils spéciaux et l'enseignement des arts mécaniques. Je parle, ajoute l'auteur, pour ces nombreux enfants qui, mis entre les mains de maîtres intelligents et très habiles, soumis au traitement pédagogique et à l'emploi d'appareils spéciaux, peuvent être transformés et guéris, alors qu'abandonnés à eux-mêmes, ils eussent vu leurs tares grandir sans espoir de regression, sous l'influence du temps et des à-coups de l'existence. »

Traitement physique.

De la fréquence des anomalies physiques chez les arriérés, découle la nécessité de l'intervention d'un médecin qui arrêtera chaque détail du traitement physique destiné à atténuer dans la mesure du possible la défectuosité en question. Les muscles les plus importants seront éduqués avant les muscles secondaires; une attention toute spéciale sera accordée aux mouvements de la cage thoracique, et à tout exercice destiné à augmenter la capacité respiratoire. L'enseignement des jeux doit marcher de pair avec l'éducation physique; et j'estime que le professeur doit veiller aussi soigneusement aux progrès dans les jeux qu'aux progrès dans les études. J'ai souvent vu des enfants faire sans goût le devoir assigné par leur maître, qui tout à coup devenaient gais et pleins de vie quand la cloche les appelait aux jeux.

Quelques points spéciaux.

Il est évidemment impossible de multiplier à l'infini les écoles spéciales pour arriérés ; pourtant on doit veiller à ce qu'une classe d'instituteur ne comporte pas plus de vingt élèves; à ce que les appartements soient aussi grands que possible; il leur faut au moins 20 pieds (1) carrés par individu; ce qui, sur 12 pieds de plafond, donne 240 pieds cubes. L'aération doit être parfaite et l'éclairage aussi satisfaisant que possible, les pièces doi-

(1) Le pied anglais est égal à $0^{m},304$ (Note du T.)

vent réaliser les perfectionnements hygiéniques les plus minutieux et les cours contiguës doivent être assez spacieuses pour qu'on y puisse jouer.

« D'une façon générale, le but des exercices physiques est de maintenir la santé en bon état, avant tout ; puis, ensuite de développer l'aptitude aux fonctions motrices de la vie active. Le premier but est d'ordre hygiénique, le second est d'ordre pédagogique. Mais, que l'on considère l'action particulière d'un muscle isolé, ou un groupe de muscles, ou un système musculaire comme celui de la phonation, ou cet ensemble complexe qui est le corps humain, ou une classe d'écoliers, ou une équipe de football, ou un régiment de fantassins, le but des exercices physiques est — en pratique — le même dans tous les cas, et ne peut être obtenu que grâce à l'observance des mesures d'hygiène et du traitement pédagogique.

La culture pédagogique doit surtout porter sur la sphère nerveuse, et la plupart des systèmes d'éducation qui comportent un traitement physique sont fondés sur la propriété que possède le système nerveux de recevoir les impressions, et d'en enregistrer les effets ; ou, en d'autres termes, sur son aptitude à se remémorer le rôle qu'il a joué dans l'aquisition d'un mouvement, et à revivre ce rôle pour répéter le mouvement. Le neuro-pathologiste note avec soin les particularités du moindre mouvement de son malade, afin de déterminer la nature, le siège et le stade évolutif de son affection. Il est également nécessaire que l'éducateur physique connaisse le sens de tel ou tel mouvement spontané ou acquis que présentent ses élèves, depuis les mouvements de recherche délicate, jusqu'aux plus apparents, jusqu'à ceux qui donnent la preuve du succès obtenu et de l'habileté du professeur. Ceci ne s'applique pas seulement à la pratique du football, des exercices militaires, de la gymnastique, des travaux de couture ou de cordonnerie ; mais aussi aux exercices de chant, de dessin, et à l'étude des trois R (1).

---

(1) On nomme ainsi : la lecture, l'écriture et l'arithmétique ; par abréviation. (N du T.)

Il est évident que le succès, dans quelque branche que ce soit, du traitement pédagogique précité, ne peut être réalisé que grâce à l'intelligence et à l'habileté dont les professeurs auront fait preuve dans le choix du procédé d'éducation à appliquer à un malade présentant tel âge, telle capacité, telle équation neuro-musculaire (1). »

L'importance de l'élément musculaire est telle dans l'éducation physique que nous avons en vue, que nous n'hésitons pas à prédire que l'étude raisonnée des mouvements est destinée à jouer un rôle beaucoup plus considérable que par le passé, dans l'instruction professionnelle des instituteurs de tous degrés. « On ne saurait trop répéter, dit l'aliéniste anglais Mercier, dans son ouvrage sur le *Système nerveux et la pensée*, on ne saurait trop répéter que l'étude des mouvements est souvent le seul renseignement qui nous puisse faire juger de l'état du système nerveux. »

S'il en est ainsi — et personne n'y vient contredire — n'est-il pas évident que chaque détail du système d'éducation doit être choisi et assorti à la formule neuro-musculaire et au développement de l'enfant ou de l'adolescent ? Serait-ce aussi trop demander que les éducateurs se conformassent aux lois de l'évolution qui les instruirait sur l'état fonctionnel et la résistance des centres cérébraux et des muscles, si intimement liés au fonctionnement des centres ? Je reconnais que les lois du développement sont enseignées, depuis longtemps, dans les écoles de tous degrés : primaires, secondaires et supérieures ; mais je voudrais que les instituteurs, professeurs, et chargés de cours, accordassent plus de soin à l'étude et à l'exposé des particularités physiques et mentales qui différencient l'enfant du jeune homme, celui-ci de l'adolescent, etc. (2) »

Tout ce qui a été dit de l'enfant arriéré, dans les pages qui précèdent, peut également être appliqué à l'enfant

(1) Nous nous proposons d'introduire à Bicêtre et à Vallée, des exercices de gymnastique respiratoire qui fonctionnent depuis quelque temps à l'Institut médico-pédagogique avec le concours de M. J. Boyer.

(2) Rapport du Dr E. M. Hartewell, directeur de l'éducation physique, dans les écoles publiques de Boston.

épileptique en ce qui concerne l'éducation mentale, manuelle et physique. Nous estimons que ces écoles spéciales doivent être établies au rez-de-chaussée (1), autant que faire se peut. Quant à la question de maintenir ces enfants dans des classes séparées, c'est encore un problème à résoudre.

Je crois que ceux qui ont vécu dans le commerce d'enfants affligés de cette terrible maladie peuvent hardiment demander à nouveau la discussion de leur cas devant l'assistance et présenter leur situation comme digne de toute la sollicitude humaine.

Nous autres médecins, nous confessons notre impuissance à réaliser autre chose qu'une sédation dans les accidents, et, dans certains cas, à sauvegarder par le traitement et l'éducation tel degré d'intelligence que l'enfant présente ; pour le moment, il ne faut pas nous demander plus. Mais pour ceux qui ne sont pas atteints d'une telle affection, il reste à pourvoir à leurs nécessités et à leur rendre, dans leur réclusion, l'existence aussi douce et aussi confortable que possible. L'enfant qui souffre, qu'il soit riche ou pauvre, souffre à titre égal ; mais la fortune apporte à l'un des soulagements et des heures de plaisirs dont est privé le malheureux qui ne peut s'offrir des livres, des images, des jouets, une villégiature, et des compagnons de jeu. Victor Hugo disait : « Ceux qui ont vu souffrir des hommes n'ont rien vu, il faut avoir vu souffrir des femmes ; ceux qui ont vu souffrir des femmes n'ont rien vu, il faut avoir vu souffrir des enfants. »

Dans tous les cas, nous ne devons pas abandonner cette question et la conscience nous ordonne de voir dans nos proches, malheureux, autre chose que des êtres qu'il faut empêcher de tomber à titre criminel, entre les griffes de la loi ; mais au contraire, lorsqu'un individu est dûment reconnu comme incapable de pourvoir à ses besoins comme tout le monde ; de contribuer à son entretien pour

(1) On sait que nous avons fait prévaloir les rez-de-chaussée à Bicêtre.

telle ou telle part, et, sous une tutelle bien appropriée, de leur rendre la vie douce sinon féconde en résultats.

L. E. MOREL

*
* *

§ I. ALLEMAGNE.

Sous ce titre : *Écoles d'assistance pour les arriérés, leur importance au point de vue médical et social*, le Dr Léopold *Laquer*, médecin neurologiste à Francfort sur Mein, a publié l'an dernier un rapport de 64 pages. Une préface du Dr KRÆPLIN, professeur de psychiâtrie à Heidelberg, donne de ce rapport une idée générale et met en relief la portée scientifique et sociale des Écoles spéciales pour les enfants arriérés. Voici cette préface (1).

Le rapport que vous avez présenté à Baden-Baden m'a vivement intéressé. A mon avis, il n'est pas de médecin, d'éducateur, de personne même, qui prenne souci de l'avenir du pays, qui ne puisse reconnaître de quelle importance seront pour la génération future, les classes d'assistance, sous la surveillance médicale, telle que vous les concevez. Ces choses se défendent elles-mêmes;je ne puis cependant m'empêcher de faire ressortir que ces classes feront disparaitre les troubles intellectuels et physiques d'un grand nombre d'enfants, et qu'elles permettront d'utiliser des forces, qui, sans elles, auraient été laissées en friche, ou engagées dans de dangereuses voies. Elles débarrasseront les écoles ordinaires du poids mort des arriérés. Les nouvelles exigences scolaires demandent une catégorisation plus rigoureuse des élèves, impossible sans ces classes spéciales.

---

(1) Nous en devons la traduction à M. J. Boyer, professeur à l'*Institut médico-pédagogique*.

Grâce à elles, l'attention de chacun sera attirée sur des enfants malades ; leur organisation provoquera entre les médecins et les pédagogues une collaboration à la fois intime et touchante, au grand avantage non seulement de ce médecin et de ce pédagogue, mais encore et surtout de leurs pupilles. Cette collaboration amènera la connaissance exacte d'états morbides, que nous désignons encore sous le nom vague de dégénérescences. L'activité médicale qui ne manquera pas de se créer autour de ces classes d'assistance finira par faire découvrir les causes profondes de ces dégénérescences, sur lesquelles plane encore une complète obscurité, et par atténuer peut-être la déchéance de la race.

A ma grande joie, vous avez ouvert la voie; d'autres vous suivront, qui, se servant des remarques et observations faites à la faveur de ces classes spéciales, détermineront les causes d'hérédité alcoolique et syphilitique, et d'acquisition des troubles mentaux (1).

Puisse votre rapport obtenir l'attention et l'estime que mérite le sujet dont il s'occupe!

Avec mes salutations confraternelles, agréez l'assurance de la considération du vôtre,

E. KRÆPELIN.

A coté des renseignements statistiques qui nous montrent une fois de plus que l'Allemagne est en avance sur nous au point de vue des *écoles spéciales* pour enfants arriérés puisque, dès 1897, cette nation était pourvue de 43 installations de ce genre, nous trouvons dans le rapport de M. Laquer quelques détails sur ces établissements qui nous en dévoilent le fonctionnement.

D'abord ne sont reçus dans ces écoles spéciales que des enfants ayant sans succès fréquenté deux ans les écoles communales. Chaque élève a une feuille individuelle qui

---

(1) Le lecteur, médecin ou pédagogue, trouvera de nombreux renseignements sur toutes les causes de « dégénérescences, » en particulier sur l'hérédité, l'alcoolisme, la syphilis et le saturnisme dans les *vingt-deux volumes* de nos *Comptes-rendus* du service des enfants de Bicêtre (1880-1901).

mentionne ses antécédents héréditaires et personnels, ainsi que sa vie scolaire et une observation médicale détaillée. Le maître ou la maîtresse accompagne l'enfant pendant 5 ans, la scolarité se poursuit jusqu'à 14 ans. L'enseignement n'a lieu qne le matin. Les exercices varient de demi-heure en demi-heure. Chaque heure de travail est suivie de 10 à 15 minutes de repos. Les chants, les exercices en plein air, les leçons de choses, les travaux manuels, les leçons de prononciation et de diction occupent une large place dans le plan de l'enseignement. Ainsi que cela se pratique du reste depuis longtemps à l'asile-école de Bicêtre, on apprend d'abord aux enfants à connaître leur nom, puis les parties du corps, ensuite l'école, la rue, la ville, le nom des objets familiers, le nom des personnes qui les entourent, etc. En toutes classes, on fait simultanément l'enseignement du calcul, de sorte que l'enfant, suivant ses dispositions, peut être affecté à une classe inférieure ou à une classe plus élevée. Quand c'est possible, on leur donne de courts devoirs faits à la main. Les punitions sont réduites au minimum.

A sa sortie de l'école spéciale, l'élève n'est pas perdu de vue. Le gouvernement saxon alloue même 150 marks de récompense aux maîtres ouvriers qui réussissent à apprendre un métier aux élèves de Dresde et de Leipzig.

Comme on le voit c'est une œuvre de véritable relèvement.

La ville de Brunswick signale également aux conseils de révision les conscrits sortis de ces écoles spéciales, de sorte que l'autorité militaire est au courant de leur état mental.

Comme nous l'avons, du reste, dit si souvent nous-même, M. Laquer estime en terminant que, dans ces sortes d'établissements scolaires, la collaboration des médecins et des maîtres est indispensable, que le médecin doit seul en avoir la direction, et que l'institution des médecins d'école peut seule permettre de découvrir dans les écoles ordinaires les arriérés de toutes sortes et les idiots à diriger soit dans les asiles, soit dans les écoles spéciales.

§ II. ANGLETERRE.

I.

L'éducation des enfants arriérés devant les comités des écoles.

(*School Board Gazette*, April 1900.)

PAR LE Dr SHUTTLEWORTH, GE.

Le Dr Shuttleworth, particulièrement à même d'exposer la question, tant par sa haute situation qu'en raison de son expérience, lit cette note à la *Childhood Society*.

Il fait remonter le mouvement en faveur de l'éducation spéciale des enfants arriérés, à l'année 1863; le point de départ a été Halle, en Allemagne. — Des écoles répondant à ce but, furent ensuite fondées à Dresde, Leipzig et Brunswick. En 1896 on ne comptait pas moins de 30 écoles spéciales, avec un personnel enseignant de 115 professeurs, pour l'Allemagne seule. — Les dernières statistiques montrent, que 6.000 enfants environ reçoivent actuellement cette éducation spéciale sur le territoire de l'Empire Allemand.

L'auteur esquisse ensuite le mouvement pédagogique dans les Pays Scandinaves, et remarque, qu'ici, les professeurs sont presque tous des femmes, alors qu'en Allemagne, il est presque de règle que ce soient des hommes. En ce qui concerne son pays, le Dr Shuttleworth se montre plein d'espoir et croit qu'en dépit de nos instincts routiniers nous profiterons de l'expérience de nos voisins, et que nous ferons beaucoup mieux dans la suite. — A Londres, nous devons la création de ces établissements spéciaux pour enfants arriérés, à l'initiative de feu le général Moberly. — L'affaire fut examinée au préalable, et un des rapports communiqués au *Parkes' Museum*, sur la « *Scientific Study of the Mental and Physical Conditions of Childhood,* » contient l'exposé des travaux antérieurs, relatifs à la question.

L'auteur rappelle les rivalités courtoises entre le Conseil des Écoles de Londres et le Conseil de Leicester, au sujet

de la priorité de la mise en pratique de l'enseignement des arriérés, et la conclusion en faveur du Conseil des Écoles de Leicester qui ouvrit la première école spéciale (la 1re en Angleterre) en avril 1892. A ce jour, la capitale ne possède pas moins de 50 centres d'éducation spéciale, instruisant 2.125 enfants. Puis l'auteur communique quelques schémas indiquant l'expansion prise par ces études dans divers grands centres manufacturiers.

Les dépenses occasionnées par les *écoles spéciales* doivent paraître nécessairement élevées comparativement aux frais qu'occasionnent les écoles ordinaires (le tableau comparatif présenté par l'auteur montre que ces chiffres sont doublés.) Les *professeurs sont mieux payés* et le coût des constructions est plus élevé. L'auteur remarque avec plaisir, que le gouvernement se propose d'allouer, dans chaque école spéciale et par unité, une subvention moyenne de 50 s. pour l'instruction générale, et pour l'éducation manuelle, une subvention de 30 s. pour les enfants les plus jeunes et de 40 s. pour les enfants plus âgés.

L'expérience du Dr Shuttleworth le conduit à penser qu'il y a grand intérêt dans l'appréciation individuelle des méthodes d'enseignement : les systèmes les moins rigides donnent les résultats les plus satisfaisants.

Quant aux heures de classe, il pense qu'on doit accorder un fort total d'heures libres aux écoliers ; car, bien que l'atmosphère des écoles spéciales soit généralement préférable — physiquement et moralement à celle du foyer, il n'est pas prouvé que 5 heures d'étude soutenue soient sans préjudice pour des enfants *cérébralement débiles*, et qui sont rarement indemnes au point de vue physique.

Il note avec plaisir que dans la plupart des villes, les Conseils ont l'avantage de l'adjonction d'une compétence médicale dans les écoles et que l'état physique des enfants a une telle importance que dans leur éducation, médecin et professeur doivent marcher « la main dans la main. »

En terminant, le Dr Shuttleworth discute les méthodes spéciales de traitement préconisées par divers professeurs (1). (Trad. de M. L. E. MOREL). Ces deux notes ont paru dans *The Journal of mental Science*, avril 1901.

---

(1) Du même auteur : *Mentally Deficient Children, their treatment and Training*, deuxième édition.

II.

Classes spéciales dans les écoles pour jeunes débiles mentaux,

PAR LE Dr CHANNING W.

(*Charity Rev.* Avril 1900.)

Dans cet article, le Dr Channing donne un lumineux aperçu de la question de l'éducation des jeunes débiles mentaux. Il insiste particulièrement sur la nécessité d'un diagnostic précoce du développement anormal de l'enfant (tant physique que mental, car les deux sont généralement associés) et il s'appuie sur la remarque de Mosso « que le système d'éducation doit, avant tout, viser à améliorer le terrain névropathe, pour soumettre secondairement le cerveau au travail intellectuel (1). » Ce système est en parfait accord avec les idées depuis longtemps exprimées par Warner, et, du reste, depuis Séguin, tout le monde est fixé, et tous les systèmes successifs d'éducation des débiles mentaux ont été établis sur le principe que le traitement physique doit précéder le traitement psychique. — L'âge avancé, auquel, en thèse générale, les jeunes débiles mentaux sont soumis à l'éducation spéciale, constitue un regrettable contre-temps et le Dr Channing estime très justement que les résultats obtenus seraient beaucoup meilleurs si les sujets étaient traités scientifiquement dès la plus tendre enfance.

Toutefois, remarque le Dr Channing, le système d'éducation actuel n'est pas à l'abri de la critique, aussi bien celui qui s'adresse au bas-âge, que celui qui s'adresse aux premières années de la vie scolaire.

Examinant ensuite les détails pratiques du traitement des enfants anormaux, le Dr Channing rappelle les méthodes appliquées depuis longtemps en Suisse, en Allemagne et en Suède (méthodes qui commencent à s'implanter en Angleterre) pour le traitement des enfants les plus débiles.

(1) C'est notre pratique depuis plus de vingt ans : traitement physique d'abord (exercices de la station, de la marche, des jointures, massage, bains, hydrothérapie), puis traitement psychique et éducation des sens.

Quoique l'Amérique ait été abondamment pourvue de maisons d'éducation pour les débiles mentaux (en comprenant sous ce nom les idiots et les imbéciles), il ne semble pas que les résultats obtenus jusqu'ici soient meilleurs dans les *classes spéciales* que dans les *classes annexées* aux écoles primaires ; et le D[r] Channing termine en plaidant la cause de ces dernières, surtout dirigées par des instituteurs bien préparés. — (Trad. de M. L. E. Morel, interne prov. du service.)

En ce qui concerne les enfants idiots de toute catégorie, nous avons toujours soutenu l'opinion, avec d'autres d'ailleurs, que le *traitement médico-pédagogique* devait être mis en œuvre dès qu'on a constaté les *premiers signes de l'idiotie*, au plus tard à deux ans.

* * *

§ III. Belgique.

Anvers, rue Jordaens, 25.
15 mars 1902.

Honoré Confrère Bourneville,

Voici quelques renseignements sur le fonctionnement de l'école d'enseignement spécial d'Anvers.

C'est une école qui a été créée pour les enfants arriérés et non des classes spéciales ; c'est seulement dans un établissement semblable que peut être réalisé le traitement sérieux de ces enfants ; les classes éparpillées dans les écoles ordinaires ne peuvent donner de bons résultats.

L'école d'Anvers en est à sa troisième année d'existence. Le nombre des élèves est resté depuis le début assez stationnaire : une bonne centaine. Depuis quelque temps cependant, le nombre tend à s'accroitre et bientôt une sixième classe devra être créée ; il en existe cinq actuellement, le nombre des enfants à un même instituteur ne devant jamais dépasser vingt. Les cinq instituteurs, guidés par un directeur, s'occupent de l'instruction des enfants.

Un médecin, possédant lui-même son diplôme d'instituteur, est attaché spécialement à l'école.

Il y a un laboratoire où les enfants peuvent être examinés physiquement et psychiquement. Ce laboratoire n'est pas encore très riche en instruments, mais on y trouve cependant les principaux appareils anthropométriques, une bascule, et divers objets nécessaires à l'examen des sens. Un outillage complet pour l'examen de la gorge et du nez y existe aussi.

Les enfants sont examinés au point de vue de l'hérédité et du passé pathologique : un *dossier* de ces renseignements est dressé pour chacun d'eux. L'examen anthropométrique, l'examen physique et l'exploration psychique des enfants sont faits de façon détaillée.

Un examen pédagogique, au point de vue de l'instruction proprement dite, est pratiqué par le directeur et les instituteurs.

Les enfants sont répartis dans les classes, en se basant plutôt sur le degré d'instruction qu'ils possèdent et non sur leur état intellectuel proprement dit. Ceci est un défaut, à mon avis. C'est le diagnostic psychique qui devrait servir de base au classement des enfants. (J'espère dans un temps donné arriver à corriger cette erreur).

Prochainement des bains-douches seront installés à l'école. La gymnastique est enseignée une demi-heure journellement pour chaque classe ; elle se fait au son du piano (un pianiste est attaché à l'établissement).

Les jeux et le jardinage prennent aussi leur part dans l'éducation physique des enfants.

L'enseignement est essentiellement intuitif. — Tous les enfants arrivent à apprendre à lire, à écrire, à calculer, à parler assez correctement, à part évidemment quelques-uns dont l'état est sur les limites de l'idiotie ou de l'imbécillité.

L'éducation manuelle (modelage, pliage, cartonnage) se fait avec soin. — Les enfants embrassent tous une profession manuelle.

Il existe une œuvre post-scolaire spéciale à l'école, c'est la « section anversoise de l'école d'enseignement spécial »

qui est rattachée à la Société protectrice de l'enfance anormale dont le siège est à Bruxelles. Cette section, sorte de comité de patronage, s'occupe du placement des enfants à leur sortie de l'école.

Voila, honoré confrère Bourneville, les principaux renseignements que je puis vous fournir sur l'école d'Anvers. Je pense que dans votre propagande, que j'espère vivement voir arriver à un résultat, il y aurait peut-être intérêt à remplacer l'expression « classes spéciales » par « école spéciale ». A Bruxelles, en Allemagne, en Hollande, on à expérimenté les classes et partout on est devenu partisan des ÉCOLES spéciales.

Autant, je pense, demander une installation durable et complète du premier coup.

Veuillez, je vous prie, honoré confrère Bourneville, croire en mes sentiments bien dévoués.

Docteur LEY,
Médecin de l'école d'enseiguement spécial d'Anvers.

Bruxelles, le 7 avril 1902.

TRÈS HONORÉ DOCTEUR,

Voulez-vous, tout d'abord, m'excuser de répondre si tardivement à votre lettre du 21 mars? Je suis rentré hier soir d'un voyage d'études en Allemagne et c'est ce matin seulement que j'ai pu en prendre connaissance

Comme vous le savez, c'est le 1er mai 1897 que s'est ouverte l'école d'enseignement spécial de Bruxelles. A la fin de l'année scolaire 1897-98, les médecins et moi nous avons adressé à l'administration centrale, chacun de notre côté, un rapport détaillé sur la 1ere année d'existence du nouvel organisme. Ce sont, je pense, des extraits de ces rapports qui vous ont été communiqués au commencement de 1899. Depuis cette époque, tous nos efforts ont tendu à perfectionner notre système et nos méthodes, de façon à les rendre efficaces pour notre très intéressante population. Bien que nous n'ayons plus adressé de rapports.à l'administration, nous avons eu la satisfaction de voir le monde officiel et le public s'intéresser vivement à

notre œuvre, grâce au bienveillant appui qu'a bien voulu nous prêter la presse toute entière.

Cette année, nous nous proposons de publier un double rapport médical et pédagogique, sur nos travaux au cours de ces cinq dernières années. Je m'empresserai de vous le communiquer dès qu'il aura vu le jour, c'est-à-dire vers la mi-juin probablement.

Au cours de 1901, nous avons fondé sous la présidence effective de l'infatigable M. Jules Lejeune, Ministre d'État, la « Société protectrice de l'enfance anormale », en vue de créer un mouvement d'opinion en faveur de l'éducation des enfants arriérés, quels qu'ils soient, et de chercher à obtenir des Pouvoirs publics la création d'établissements destinés à ces malheureux.

Malgré l'inertie et l'indifférence que nous avons souvent rencontrées, malgré l'hostilité systématique et irréductible de certains, nous avons le plaisir de constater que l'*Idée* est en marche et que notre œuvre de propagande commence à porter ses fruits.

Ainsi, Bruxelles, qui n'avait qu'une école pour garçons arriérés, fonde en ce moment des classes spéciales pour filles dans plusieurs établissements d'instruction primaire, en attendant que ses ressources lui permettent de fonder une école d'instruction spéciale à leur usage.

A Ixelles, la question est résolue affirmativement, en principe. L'école s'ouvrira dès que le budget le permettra. Saint-Gilles, SchaerbecK, Gand et Verviers s'occupent également de l'éducation des arriérés, et tout fait espérer une solution favorable.

Comme vous le voyez, nous ne restons pas inactifs. Nous ne nous dissimulons pas, toutefois, que nous aurons beaucoup de peine à ébranler la lourde machine qui s'appelle l'Etat, pour obtenir qu'il crée des organismes à l'usage des idiots, des épileptiques, etc.. Déjà, à présent, nous avons une peine incroyable, rien que pour faire dresser la statistique des malheureux auxquels aucune école ne peut être ouverte en Belgique. Il est vrai qu'il est impossible de soulever cette question sans toucher aussi à celle de l'*Instruction obligatoire*, qui est la bête noire de

notre gouvernement clérical.

Il va sans dire, très honoré docteur, que si pour un travail quelconque, vous avez besoin de statistiques immédiates, je me mets entièrement à votre disposition pour vous fournir ceux que je possède actuellement.

En vous réitérant mes regrets pour le retard forcé qu'a subi ma réponse, je vous présente l'expression de ma très haute considération.

Signé : EM. LACROIX (1).

§ IV. DANEMARCK.

Copenhague, 8 avril 1902.

A Monsieur le Dr BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre.

. . . .

En Danemarck, il n'y a qu'à Copenhague où existent des *classes spéciales d'enfants arriérés.* Ces classes sont au nombre de neuf. Elles contiennent 150 enfants (90 garçons et 60 filles). Trois classes ont été établies en 1900, trois en 1901, trois en 1902.

Les classes spéciales ne forment pas encore une institution distincte. Elles sont provisoirement installées dans les écoles publiques des divers quartiers de la ville. On ne reçoit dans les classes spéciales que des enfants imbéciles aux degrés les plus légers, mais pas d'enfants idiots.

Quant aux institutions Danoises consacrées aux enfants

(1) Nous avons eu, il y a plusieurs années, la visite, quelquefois renouvelée, de MM. les Drs de Moor et Ley, et celle de M. Lacroix, auxquels nous avons montré en détails l'organisation et le fonctionnement de notre service.

idiots ou imbéciles à des degrés divers, il y en a deux, une en Sélande, *Gamle Bakkehus Ebberodgoard*, la seconde en Jutland, *Keller Austalt.*

I. *Gamle Bakkehus Ebberodgoard* comprend quatre établissements :

1° *Gamle Bakkehus*, asile école (200 pupilles des deux sexes, situé à Copenhague V. (Rabbeks Allée 21). C'est l'institution Danoise la plus vieille. Elle a été fondée en 1855 par le Dr J. R. Hùbertz. — 2° *Ebberodgoard*, asile et atelier de travail pour environ 400 enfants et adultes des deux sexes, fondée en 1892 par la direction de Gamle Bakkehus, située près de Birkeved à 24 kilom. de Copenhague.

3° *Billemosegoard*, asile pour environ 100 adultes mâles, situé près de Lyngby à 16 kil. de Copenhague et 4° *Kavensilbinde*, asile pour environ 100 enfants des deux sexes, situé près de Copenhague, à deux kil. de la ville.

II. — *Keller Austalt*, fondée à Copenhague en 1865 par Johan Keller, a été transférée en 1900-1901 à Bréjning, Jutland (à env. 15 kil. de Vejle).

Kellers Austalt comprend un asile école et un atelier de travail pour environ 600 pupilles, adultes et enfants des deux sexes.

Chaque institution est sous la direction de trois membres (pour Gl. Bakkehus-Ebberodgoard, en attendant 5 membres).

Le Président de la direction de Gl. Bakkehus-Ebberodgoard est M. A. Asmussen, chef de division au ministère des cultes et de l'instruction publique. Le Président de la direction de Keller-Austalt est M. le Préfet Bardenfleth à Vejle.

Les membres des directions sont nommés par le Ministre de l'instruction publique pour trois ans. Le Directeur administratif de Gl. Bakkehus est M. E. V. Rolsted; celui de Ebberodgoard, M. le Dr A. Friis, et de Keller-Austalt, M. le professeur et Dr Chr. Keller.

Les institutions sont propriétaires d'elles-mêmes; mais pour chaque pupille sont payées 600 couronnes par année

(environ 850 francs). L'Etat paye 300 couronnes, la commune 300 couronnes.

La loi de finance pour 1901-1902 accorde 309.228,93 couronnes pour l'installation des idiots dans les deux institutions et, de plus, 10.000 couronnes pour l'installation des idiots adultes capables de travailler chez des *familles privées*, mais sous le contrôle des institutions.

Je me permets, Monsieur, de vous envoyer par la poste un article sur Bicêtre que j'ai fait dans notre journal périodique.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'expression de ma considération la plus distinguée.

M. DAMM.

*
* *

Quelques considérations générales ressortent de ces documents.

1° Dans la plupart des pays, on se préoccupe activement du traitement médico-pédagogique des enfants arriérés dans des classes ou mieux des écoles spéciales. Les catégories qu'on y reçoit sont celles que nous avons indiquées dans notre *Lettre à M. Carriot.*

2° Tous les enfants considérés comme un « poids mort » sont envoyés, après examen médical, dans les Écoles spéciales. Leur observation, ou feuille individuelle, ou dossier est dressé avec soin (1)

3° Les résultats obtenus sont partout très-encourageants. La majorité des enfants sont améliorés au point de pouvoir vivre en société et de subvenir à leurs principaux besoins. On soustrait de la sorte un groupe important de malheureux, *malades,* aux maisons de correction et aux prisons, dont la population est constituée dans l'immense majorité

(1) Voir à cet égard les observations de nos *Compte-rendus de Bicêtre* et nos *Instructions médico-pédagogiques.*

des cas par des malades. On restreint le vagabondage, le nombre des *délinquants*; on fait œuvre de préservation sociale, œuvre d'humanité (1).

4° La nécessité de commencer le traitement et l'éducation des arriérés le plus tôt possible, sur laquelle nous avons si souvent insisté, la possibilité de la guérison, sont confirmées par les auteurs que nous avons cités. Les avantages de l'éducation spéciale, de la bonne tenue et de la propreté des maîtres et des maitresses, de la variété des occupations, l'importance des exercices physiques, du travail manuel, du dessin, du chant, le rôle capital du médecin, l'hygiène des classes, la limitation du nombre des élèves, l'utilité d'un matériel complet d'examen, le rôle des femmes, sont mis en relief par tous les auteurs cités.

*
* *

MESSIEURS,

Nous appuyant sur tous ces documents, sur l'intérêt social de la réforme, que nous défendons et dont la Loi sur l'obligation de l'instruction primaire fait un devoir, sur les avantages de sa réalisation au point de vue de l'assistance, nous vous prions de renouveler encore une fois votre vœu en faveur de la *Création de Classes spéciales* ou d'*Écoles spéciales pour les Enfants arriérés.*

---

(1) En 1893 les membres du Congrès des aliénistes et neurologistes ont visité le pénitentier de l'île de Ré. On a fait ranger les condamnés dans une des cours. L'un de nos collègues, s'adressant a nous, nous dit : « Vous retrouvez là vos malades de Bicêtre. » La remarque était très juste. On observait, en effet, chez eux, les mêmes signes de dégénérescences, les mêmes déformations de la tête.

I.

Assistance, traitement et éducation des dégénérés;

PAR BOURNEVILLE.

A l'une des séances du *Congrès d'assistance familiale* qui a eu lieu en octobre 1901, M. Paul Robin a fait une communication ayant pour titre : *Une cause d'inefficacité de l'Assistance familiale et de toutes les assistances en général.* L'auteur s'élève contre les sacrifices faits par l'Assistance publique ou privée en faveur des *inférieurs* qui sont nés tels, ou le sont devenus par de fâcheuses circonstances.... On fait vivre les pires dégénérés, notamment les faibles d'esprit. Les assistances, au prix de quelques misérables soulagements individuels, préparent à toutes les imprévoyances, poussent à la procréation aveugle d'une multiiude *d'inférieurs* et de *dégénérés*. Le remède: « Obtenir à tout prix des inférieurs et des dégénérés qu'ils soient les derniers de leur race. »

« Qu'ils aient donc les plaisirs qu'ils désirent tant, ces infortunés qui en ont si peu d'autres ! mais qu'à ceux qui sont capables de le comprendre, on apprenne à ne pas les obtenir aux dépens de misérables descendants ; et qu'aux dégénérés extrêmes incapables de sauver eux mêmes et leur race virtuelle, les savants artistes de la physiologie viennent fournir une aide humanitaire en leur apportant efficacement et sans douleur les bienfaits de la stérilité. »

Puis l'auteur fait l'éloge des sociétés malthusiennes, invite les membres du Congrès à y faire adhésion, affirme que grâce à la suppression directe ou indirecte des dégénérés, « à la satisfaction sexuelle sagement dirigée », à l'application des doctrines malthusiennes, « les assistances deviendront vite de plus en plus riches. » — C'est à cette étrange communication que nous avons cru devoir répondre en ces termes.

M. BOURNEVILLE. — Je ne puis, pour mon compte, laisser passer sans protestation les idées anti-physiologiques, anti-naturelles, anti-humaines qui viennent d'être exprimées devant vous.

L'homme et la femme sont faits pour créer la famille. Le devoir et l'intérêt de la Société, c'est d'assurer à tous des moyens d'existence. C'est dans cette voie qu'il faut marcher. C'est cet idéal qu'il faut réaliser. Pour cela, est-il nécessaire de supprimer ou de mutiler les malheureux qui constituent une charge pour l'assistance publique, comme le propose M. Robin ? Il parle des dégénérés, des inutiles, d'une façon générale, visant toutefois plus particulièrement les idiots, les imbéciles et les arriérés *intellectuels*. Or, ce sont les moins dangereux au point de vue de la procréation.

A côté d'eux, il y a les idiots, les imbéciles et les arriérés *moraux*. C'est parmi eux qu'on trouve les perversions les plus nombreuses, les impulsions génitales les plus violentes, le plus grand danger de la procréation. Ils manquent à leurs obligations professionnelles, familiales, sociales. Faut-il les supprimer aussi ? Et les *criminels*, si souvent des malades, victimes de l'hérédité, de la misère et des excès, vous en débarrasserez-vous, M. Robin, par les mêmes procédés ?

Vous êtes utilitaire. Vous ne voulez pas qu'on fasse des sacrifices pour les dégénérés, les débiles, les non-valeurs ; qu'on fasse des dépenses à leur profit, au détriment des normaux. Vous oubliez, vous, éducateur, pédagogue, que la grande majorité d'entre eux sont améliorables, que beaucoup peuvent être rendus sans inconvénient à la société. Soyez logique, allez jusqu'au bout. Supprimez tous les inutiles, tous les coûteux, ceux qui peuvent engendrer une descendance tarée : phtisiques, cancéreux, syphilitiques, alcooliques. Où vous arrêterez-vous ? Quelle est la limite que vous tracerez entre les êtres les plus dépourvus soit physiquement, soit intellectuellement, soit moralement et les individus de vigueur physique, de force intellectuelle, de valeur morale, moyennes ou faibles.

Oui, les ressources de l'Assistance publique, à Paris,

dans toute la France, sont insuffisantes : mais on peut les trouver sans supprimer les dégénérés, sans les mutiler, sans commettre des actes de cruelle barbarie.

Que les favorisés de la fortune donnent largement, généreusement, c'est le meilleur moyen d'atténuer des revendications légitimes. En le faisant, ils s'acquitteront de leur devoir de solidarité sociale.

Tout ce que, personnellement, nous avons fait ou essayé d'accomplir, en fait d'assistance, nous a été inspiré par les idées de la Révolution française sur l'organisation de l'assistance : assister, soutenir, aider tous les malheureux : vieillards, malades, infirmes de corps ou d'esprit, orphelins, citoyens sans travail. Remplir cette tâche avec l'esprit d'humanité le plus large, tel est le devoir de la République. Restons dans la nature, soyons humains.

II.

L'Assistance des idiots, imbéciles et arriérés.

Dernièrement, nous avons relaté plusieurs faits démontrant la nécessité de l'*assistance des épileptiques* sous forme d'*hospitalisation*. Nous avons indiqué aussi dans quelles conditions l'*assistance familiale* ou à domicile pouvait s'exercer utilement, sans nuire au malade, sans causer de préjudice à la société. En maintes circonstances aussi, toujours en nous appuyant sur des faits, empruntés à des journaux de toutes les opinions politiques, nous avons insisté sur la nécessité non moins urgente de l'assistance des idiots, imbéciles et arriérés, adultes et enfants. Voici un fait nouveau, emprunté au *Progrès de l'Eure* du 13 décembre, inséré sous le titre : *Vol et attentat à la pudeur* :

« La gendarmerie a ouvert une enquête au sujet d'un *vol* et d'un *attentat à la pudeur* dont s'était rendu coupable un nommé Philippe Hébert, de la commune de Le Fresne, âgé de 28 ans. Il en résulte que cet individu est *faible d'esprit,* considéré comme à peu près irresponsable ».

Ce malade, soumis, jeune, à un traitement et à une éducation appropriés, aurait pu probablement être rendu à peu près normal ; devenu adulte, son état ne s'étant pas modifié, il aurait dû être interné. Après des attentats contre la *propriété* et les *personnes*, on va reconnaître l'utilité de cette mesure, à moins qu'on ne le condamne à la prison. Dans le premier cas, hospitalisation avec traitement et éducation, on faisait une

dépense productive, avec l'hospitalisation tardive ou l'incarcération, ce sera une dépense improductive.

Le département de l'Eure possède un vaste asile pouvant faire face à tous ses besoins. Mais, au lieu de faire une assistance complète au bénéfice de ses malades, il préfère diminuer le nombre des aliénés à sa charge et réserver le plus grand nombre possible de places pour les *aliénés de la Seine*, dont il tire profit. Rappelons que la Famille, la Commune, le Département et enfin l'Etat ont l'impérieux devoir de faire face, d'une façon complète, sans préoccupation de ce que peut tenter l'assistance privée, à toutes les dépenses d'assistance des malades, des infirmes de corps et d'esprit, des aliénés et des vieillards. BOURNEVILLE.

Le fait suivant, que nous retrouvons, montre combien nos réflexions en ce qui concerne l'hospitalisation des aliénés dans l'Eure sont justifiées :

Depuis *quinze ans*, M. Jean J.., âgé de 43 ans, cordonnier à Ezy, était atteint du *délire de la persécution*, dit le *Progrès de l'Eure*. Il couchait toujours avec son revolver, qu'il montrait à sa femme, en disant que c'était son médecin. Depuis plusieurs nuits, il dormait à peine, de plus en plus obsédé par son idée fixe. Mercredi matin, Mme J... fut réveillée par le bruit d'une détonation. Sans prendre le temps de s'habiller, elle courait à la boutique, où elle aperçut son mari gisant inanimé dans une mare de sang, et près de lui le revolver dont il s'était tiré un coup dans la bouche. Affolée, la pauvre femme ouvrit la porte de la maison et se mit à appeler au secours. Les voisins accoururent et la trouvèrent évanouie sur le seuil, Mme J... fut transportée chez M. Letellier, où elle reprit ses sens bientôt après, grâce aux soins du docteur Dauvel, qui venait de constater la mort de son mari.

Les aliénés doivent être hospitalisés le plus près possible du début de la maladie. C'est le moyen le plus efficace pour obtenir, si possible, la guérison. Plus on retarde, plus il y a à redouter l'incurabilité. Si, plus tard, le malade quoique tout à fait guéri n'est pas dangereux, on peut le rendre à sa famille, avec ou sans secours, ou le placer dans une colonie familiale.

III.

Placements des aliénés, des épileptiques, des enfants arriérés, etc.

Nous avons eu l'occasion de voir, il y a quelques jours, un *épileptique* de 17 ans, né à Paris et habitant une commune du département de la Seine. Il nous était amené par un employé de la préfecture de la Seine, administrateur d'un Bureau de bienfaisance, sur le conseil d'un fonctionnaire d'un grade élevé de l'Assistance publique. On nous demandait quels étaient les voies et moyens de faire admettre le malade dans un asile spécial. Nous avons remis aux intéressés les imprimés indiquant les formalités à remplir pour le placement du malade. Ces conditions auraient dû être connues de l'introducteur, ADMINISTRATEUR D'UN BUREAU DE BIENFAISANCE. Elles auraient dû être connues surtout du fonctionnaire de l'Assistance publique, qui n'aurait pas eu besoin de venir nous déranger gratuitement à notre consultation particulière. En tous cas, il aurait pu nous l'adresser à notre consultation gratuite de Bicêtre, qu'il devrait connaître.

D'où la nécessité, pour les employés de l'Assistance publique, d'être en mesure de renseigner exactement et avec bienveillance tous les citoyens qui s'adressent à eux pour des *placements* dans les établissements hospitaliers, hôpitaux, hospices, fondations, asiles et bureaux de bienfaisance. Toutes les mairies de Paris et du département de la Seine, comme nous l'avons déjà tant de fois réclamé, devraient être pourvues des imprimés concernant les modes d'admission. On éviterait ainsi des démarches fastidieuses et coûteuses. On ferait de la véritable assistance républicaine. Nous en sommes toujours à la faveur, à l'aumône et aux protections. BOURNEVILLE.

IV.

L'Assistance des Epileptiques.

Nous avons depuis longtemps l'habitude de consigner dans les *Varia* des *Archives de neurologie* les faits que nous recueillons dans les journaux politiques concernant les *épileptipues*. Et, en nous appuyant sur ces faits, nous essayons de montrer la nécessité de l'hospitalisation de ces malades, dont la situation est digne d'intérêt et de pitié. En voici quelques-uns récents, qui s'ajoutent aux anciens et justifient surabondamment notre opinion.

Hier après midi, écrit l'*Aurore* du 6 octobre, Mlle Marie Lisconet, 18 ans, fut prise rue du Commerce d'une *attaque d'épilepsie*. Elle tomba sur la chaussée juste au moment où arrivait un camion chargé de 2.000 kilogr. de tabac qui lui passa sur le corps. Tranportée à l'hôpital Necker, elle y est morte en arrivant.

Le sieur Léon Gauthier, 43 ans, journalier à Cully, a été trouvé sans vie, *la face contre terre*, sur le bord d'un chemin à Creully. Le malheureux avait succombé à une *attaque d'épilepsie* à laquelle il était sujet. (*Bonhomme Normand*).

A 8 h. 1/2 du soir, un chanteur ambulant du nom de Joseph Lespris, 27 ans, a été pris d'une *crise d'épilepsie* sur le boulevard de Bazeilles, au Mourillon. Un attroupement s'était formé autour de ce malheureux. (*Petit Var*, 5 octobre).

La dame Pauline Sarthou, 60 ans, à Lannecombe (Basses-Pyrénées), étant tombée prise d'*épilepsie* en donnant la pâture à ses porcs, ceux-ci lui ont dévoré la tête et une partie du ventre. (*Bonhomme Normand*, 30 août-5 septembre.)

Comment doit-on entendre l'assitance à ce groupe de malades ? Parlant d'eux dans un *Rapport* sur le service des aliénés en 1878, au Conseil général de la Seine, nous nous exprimions ainsi :

« Nombre d'entre eux présentent des améliorations assez notables, des suspensions assez longues de leurs accès, qui permettraient de les rendre à leurs familles. Mais celles-ci hésitent souvent à les reprendre et le médecin à les leur rendre, par suite des difficultés nombreuses exigées ensuite pour leur *réadmission*. Une fois sortis, s'ils retombent, si les crises deviennent plus fréquentes, il faut recommencer les démarches déjà faites lors du premier placement : certificat de médecin, visa du commissaire de police, séjour à la Préfecture de Police, passage à Sainte-Anne, enfin transfert à Bicêtre pour les hommes, à la Salpêtrière pour les femmes. Votre commission est d'avis d'appeler, sur cette situation intéressante, toute la sollicitude de l'Administration, en l'invitant à examiner si, pour les malades incontestablement épileptiques et qui ont séjourné à ce titre dans nos asiles, il ne serait pas possible de diminuer les formalités et de les faire réadmettre directement dans les sections spéciales de Bicêtre et de la Salpêtrière. Nos finances y gagneraient, en ce sens que les médecins hésiteraient moins à renvoyer les malades améliorés, s'ils savaient que, en cas de recrudescence de la maladie, ils trouveront les portes largement ouvertes pour rentrer. Une étude attentive de ces malades nous autorise à penser qu'un nombre respectable d'entre eux pourraient passer plusieurs mois dehors chaque année, ce qui serait utile à leur santé et diminuerait nos dépenses. Nous vous prions, Messieurs, d'inviter encore une fois l'administration à examiner cette question et à en préparer la solution. »

Notre opinion est restée la même. Nous pensons qu'en raison du triste spectacle donné par les épileptiques en accès, sur la voie publique, spectacle qui n'est pas sans inconvénient pour les enfants et les femmes enceintes qui en sont témoin ; — de la difficulté, sinon l'impossibilité, pour eux, d'un travail suivi, leurs accès les faisant renvoyer des ateliers où ils ont pu trouver momentanément de l'occupation, il est indispensable de les hospitaliser. Cette hospitalisation ne doit pas être absolue et nous con-

tinuons à penser qu'en cas de rémission, surtout s'ils ont des parents pouvant les recevoir, il faut les leur rendre, en atténuant les charges par un *secours à domicile.* Ils devraient avoir facilement, sans perte de temps, sans démarches inutiles, sans difficulté, les médicaments, les bains et les douches jugés nécessaires, soit dans les hôpitaux, soit dans les maisons de secours. La réadmission, en cas de rechute, devrait se faire *directement* dans les quartiers d'épileptiques par *placement volontaire.*

En combinant ces deux modes d'assitance, *hospitalisation*, *assistance dans la famille* avec secours en argent, délivrance des médicaments, on diminuerait l'encombrement des asiles, on maintiendrait les liens familiaux, on diminuerait les charges des contribuables et il serait possible d'assister un plus grand nombre de malheureux.

BOURNEVILLE.

V.

Les aliénés en liberté : Attentat contre le Dr Loir.

Il est très commun de lire dans les journeaux politiques des articles contre les asiles d'aliénés, que l'on qualifie de bastilles modernes, et contre les médecins de ces établissements, sans cesse en danger, que l'on accuse de se rendre coupables ou complices de séquestrations arbitraires. Pour qui connaît les uns et les autres, ces accusations n'ont pas le sens commun. La conséquence de ces accusations, souvent violentes, c'est que les familles et les médecins hésitent à faire procéder en temps opportun à l'internement des aliénés, d'où de redoutables accidents comme celui qui vient de se produire à Tunis.

« Le correspondant du *Temps* à Tunis a télégraphié à ce journal (28 mai) que ce matin à 9 h. 1/2, devant le laboratoire de l'Institut de la régence, M. Panet, préparateur, a tiré quatre coups de revolver sur le Dr Loir, directeur, qui arrivait. Tous les coups portèrent. Le meurtrier fut immédiatement arrêté.

« Il résulte des premiers renseignements que cet employé était en proie au *délire de la persécution*. Il avait donné, ces jours-ci, sa démission à grand fracas et avait dit, à certaines personnes, qu'il était poursuivi par un juif, que cette vie-là allait finir. Néanmoins, personne ne supposait qu'il pousserait les choses à ce point et attentrait à la vie d'un docteur universellement estimé. Le Dr Loir est neveu de Pasteur ; il fut commissaire général de l'exposition de Tunisie. Il est marié et père de deux enfants. Transporté à l'hôpital, les balles qui l'avaient atteint ont été extraites. Aucun centre vital n'étant touché, on espère sauver le Dr Loir. »

Le premier devoir qui s'impose en présence d'une personne aliénée, c'est de procéder à son placement, soit dans une maison privée, soit dans un asile public. Il y va de son intérêt immédiat, car plus tôt on aura recours à l'isolement et à un traitement approprié, plus grandes seront les chances de guérison. La sécurité publique n'est pas moins intéressée à l'application de cette mesure. Les cas que nous rapportons tous les mois dans les *Archives de Neurologie* montrent, d'une façon évidente, les graves inconvénients qui résultent de la liberté laissée aux aliénés. On éviterait ainsi beaucoup de suicides d'aliénés et beaucoup de meurtres commis par eux.

Médecins, commissaires de police, maires et préfets ne devraient donc jamais hésiter à conseiller dans ce sens les familles. Très lourde est la responsabilité de ceux qui ajournent, par crainte de récriminations ou pour ne pas surcharger le budget communal, ou le budget départemental. Ils servent mal leurs malades et fabriquent des incurables.

DEUXIÈME PARTIE

—

Instructions médico-pédagogiques.

ASILE-ÉCOLE DE BICÊTRE

SERVICE DU D[r] BOURNEVILLE
(1880-1901.)

Antécédents

PÈRE : âge, profession ; en cas de profession insalubre, y a-t-il eu intoxication ? En quoi a-t-elle consisté ?

Antécédents personnels.	Convulsions, fièvre typhoïde (délire, mémoire), chorée, rhumatismes, dartres, syphilis, alcool, tabac, traumatismes céphaliques, caractère, migraines.
Famille du père.	Père, mère, grand-père et grand'mère *paternels* et *maternels*, oncles et tantes paternels et maternels, frères, sœurs, neveux et nièces.
Reste de la famille.	Idiots, aliénés, épileptiques, apoplectiques, paralytiques, difformes, bègues, tiqueux, strabiques, sourds-muets, pieds-bots, malformations diverses (polydactylie, syndactylie, bec-de-lièvre, spina-bifida, etc.) ; suicidés, prostituées, criminels. Y a-t-il eu des enfants en correction ?

MÈRE : mêmes renseignements.

Consanguinité. — Inégalité d'âge. Pays d'origine du père et de la mère. (Goître, fièvres paludéennes, etc.).

Enfants : nombre, gémellarité, intelligence, état de santé, convulsions, strabisme, bégaiement, chorée, tremblements, tics, autres accidents nerveux, degré intellectuel.

ENFANT (Le malade).

État du père et de la mère à la *conception.*	Misère, alcoolisme, bonne entente, absence de sympathie, émotions, état maladif, etc. Y a-t-il des motifs de supposer une interposition ? En cas d'aliénation du père ou de la mère signaler si elle existait à la conception.

Grossesse : Coups, chutes, peur, émotions (nature, durée), envies, syncopes, attaques de nerfs, albuminurie, alcoolisme opium, café, éther, laudanum, cocaïne; att. d'éclampsie, tentative d'avortement, constriction du ventre, tisanes de bonnes femmes, ennui de se voir enceinte, idées noires, somnolence, date de l'apparition des mouvements du fœtus ; leur intensité, leur fréquence ; comparaison avec ceux des enfants antérieurs ou postérieurs. Persistance des règles. Maladies infectieuses.

Accouchement : à terme ou prématuré (cause), naturel ou avec intervention, durée du travail, chloroforme, mode de présentation ; quantité des eaux de l'amnios.

État de l'enfant à la naissance : asphyxie (blanche ou bleue, durée de l'état bleu), cordon autour du cou, poids, chétif ou bien portant. Premiers cris : naturels ou avec stridor ou respiration retentissante.

Allaitement. Sein, mère ou nourrice, prise du sein, biberon (lait de vache ou de chèvre), sevrage. — 1re dent, dentition complète. — Début et évolution de la parole, de la marche, de la propreté.

Alcoolisme de la nourrice ; grossesse.

Alimentation : administration de vin ou de liqueurs. — Époque de la fermeture des fontanelles ; athrepsie.

Antécédents morbides. — *Convulsions* : Prodrômes, début, durée, toniques, cloniques, prédominance d'un côté, nombre des attaques de convulsions. État de l'intelligence *avant* et *après* ; paralysie, contracture, athétose, chorée, hémichorée, consécutives.

Caractère : gai, triste, violent, accès de colère.

Instincts : vol, gourmandise, salacité, pyromanie, clastomanie, onanisme, rapports sexuels, turbulence, alcoolisme.
Penchants au suicide, à l'homicide, tentatives.

Digestion. Préhension, occlusion ou non de la bouche. bave, mastication, succion, ingestion de corps étrangers, déglutition, rumination, vomissements, garde-robes, constipation, diarrhée, gâtisme, hémoroïdes, vers intestinaux, corps étrangers (cailloux, etc.)

Respiration. Bronchite, hémoptysie. — Circulation.

Sensibilité générale : froid, chaleur, anesthésie, hyperesthésie.

État des sens. Anatomie, physiologie normales ou pathologiques ; hallucinations.

Sentiments affectifs; impressionnabilité.

Étourdissements, céphalalgies, krouomanie, changements de coloration de la face, secousses brusques, vertiges, tremblements.

Sommeil: durée, rêves, cauchemars, accès de cris, attaques de sommeil; somnambulisme.

Mémoire, raisonnement, attention; écolage : degré d'instruction; aptitudes particulières.

Ressemblance de l'enfant; tient-il plus du père que de la mère au point de vue physique et au point de vue psychique ?

S'il y a eu des *aliénés* dans la famille, placés dans les asiles, prendre note du nom de l'aliéné, de l'asile, et de l'époque d'internement. — Traitements antérieurs. — Placements dans des maisons de correction. — Placements comme apprenti.

Maladies infectieuses : rougeole, scarlatine, variole, vaccin (âge), coqueluche, fièvre typhoïde, accidents syphilitiques, diphtérie, faux croup, oreillons.

Accidents scrofuleux. — Gourmes, dartres, otorrhée, blépharite ciliaire, conjonctivite, adénites, engelures, maladies de la peau, rachitisme.

Traumatismes céphaliques et divers, fractures, luxations, brûlures; sévices exercés par les familles.

Cause à laquelle les parents attribuent la maladie.

PREMIERS SIGNES DE L'IDIOTIE, constatés par les parents.

PREMIERS SIGNES DE L'ÉPILEPSIE : cauchemars, céphalalgies, irritabilité, absences, vertiges, secousses, fugues.

ACCÈS : aura, diurnes, nocturnes ; blessures dans les accès ; miction, défécation, pertes séminales ; morsures de la langue, bave, écume ; état consécutif, automatisme, procursion, folie pré ou post épileptique, accès sériels, état de mal. En cas d'état de mal, préciser. Maximum des accès en 24 heures pendant l'année qui a précédé le placement. Rémission la plus longue pendant l'année qui a précédé le placement.

CHEZ LES HÉMIPLÉGIQUES : préciser le début et la marche de la *paralysie*, sa diminution, son aggravation ; le début de la *contracture* ; le début de l'*athétose*, de l'*atrophie*.

* * *

Lorsque ces renseignements ont été donnés par la famille, nous prenons ou nous faisons prendre la *description de l'enfant*. Afin de faciliter la tâche de nos internes, nous avons établi le schéma suivant.

Etat actuel

État général. — Bon, médiocre, mauvais. Adipose, émaciation. Air de santé ou de maladie. Station, attitude habituelle.

Physionomie. — Expression.

Peau. — Cheveux (couleur, implantation, épi), poils, ganglions, cicatrices, éruptions, nævi, etc.

Tête, crâne : volume, forme (dolychocéphale, brachycéphale, plagiocéphale, acrocéphale, etc.) ; symétrie, bosses, fontanelles, front, mensurations, etc. — Conformateur.

Face : forme du visage, asymétrie, cicatrices, arcades sourcilières saillantes ou déprimées, paupières (blépharite, entropion, ectropion, etc.), fentes palpébrales, sourcils, cils (couleur, direction). — Orbites.

Yeux : motilité, lésions : exophtalmie, strabisme, paralysies, nystagmus. — *Iris*, couleur, anomalies. — *Pupilles* : dimensions, réactions à la lumière et à l'accommodation. — *Fond de l'œil.*

Examen fonctionnel : acuité visuelle, couleurs (quelles ?), diplopie, polyopie ; *champ visuel*, dyschromatopsie.

Nez : aquilin, camus, droit ; lobule, volume, bifidité, déviation, narines (direction, atrésie). — *Odorat*, flaireurs.

Pommettes, saillie, régularité, symétrie, joues.

Bouche : forme, direction, dimensions.

Lèvres : volume, saillie, épaisseur, malformations.

Langue : épaisseur, bifidité ; lésions ; tremblement de la pointe.

Palais : voûte, voile (forme ogivale ou non) ; malformations.

Dents : examen spécial ; mastication. — Prognathisme supérieur ou inférieur.

Menton, forme, fossette, dimensions, situation par rapport au maxillaire supérieur.

Oreilles : forme, implantation ; — écartement, lobule, hélix, anthélix. — *Ouïe.*

Cou : circonférence, corps thyroïde, larynx (voix), développement de la pomme d'Adam (cartilage thyroïde).

Membres supérieurs : forme, attitude, volume, motilité, pression (dynamomètre), sensibilité, toucher, etc. — État des jointures ; — des mains, des doigts ; — des *ongles* : onychophagie, déchirure des ongles. — Préhension.

Membres inférieurs : forme, attitude, état des jointures, des orteils ; station, marche, voûte plantaire.

Examen fonctionnel. { Mouvements volontaires.
Mouvements provoqués.
Mouvements réflexes.

Malformations congénitales ou pathologiques.

Thorax : forme, volume, saillies (rachitisme ou syphilis), forme de la respiration. — Percussion ; — auscultation.

Cœur : percussion et auscultation. — Pouls.

Abdomen : inspection ; palpation ; percusssion (foie, rate, fosse iliaque droite, appendicite, etc.). — *Région anale.*

Bassin : déformations congénitales ou acquises.

Colonne vertébrale : déformations.

Organes génitaux et *Puberté.* — 1° *Garçons.* Verge (long., circonf.), gland, prépuce, méat ; testicules (volume) ; — poils. Taches sur la chemise. — 2° *Filles.* Grandes lèvres, clitoris, capuchon, petites lèvres, vestibule, hymen, fourchette ; seins (dimensions, aréoles, mamelons) ; règles ; lencorrhée. — Onanisme. — Système pileux, (pénil, aisselles, tronc, membres). — Mue de la voix.

Amygdales : volume, saillie. — *Luette.*

Pharynx : déglutition ; tumeurs adénoïdes.

Goût : perception (quelles substances ?). Salacité.

Fonctions : digestion (mastication, déglutition, vomissements, rumination, constipation, etc.), respiration, circulation, etc.

Sensibilité générale ; contact, température, douleur, chatouillement.

Intelligence. — Parole. — Observation sur les changements ou non de l'état de l'enfant.

HÉMIPLÉGIE : 1° Attitude des membres paralysés : *a)* au repos, *b)* dans la marche.

2° Mensurations comparatives des membres des deux côtés (tableau).

3° Etat des jointures : *a)* contracture, *b)* craquements.

4° Etat des mouvements : *a)* spontanés, *b)* provoqués.

5° Contractions fibrillaires. État des muscles : *a)* contractilité, *b)* amaigrissement, *c)* atrophie musculaire.

6° Hémichorée, athétose.

7° Epilepsie spinale, trépidation, phénomène du pied. Signe de Babinski.

8° Réflexes (bras, genou, pied).

9° Comparaison des deux côtés du tronc (thorax, bassin, membres).

10° Développement du système pileux : *a)* côté paralysé, *b)* côté sain.

11° Organes génitaux : comparaison des testicules, des seins, des grandes et petites lèvres.

Nous avons fait faire un certain nombre de tableaux, les uns communs à tous les enfants, les autres spéciaux à certaines catégories d'entre eux.

Les *tableaux communs* sont les suivants :

a) Tableau de la température des cinq premiers jours de l'admission. — Nous faisons prendre, matin et soir, la *température rectale* de tous les enfants qui entrent dans le service. Maintes fois, cette pratique nous a permis de constater que les entrants étaient à la période d'incubation d'une affection aiguë ordinaire ou *infectieuse*. De même, en cas de transfert, nous faisons prendre la température la veille et le matin et nous maintenons l'enfant s'il a de la *fièvre*.

b) Tableau des mensurations de la tête. — *c) Tableau des poids, taille* et *force musculaire* (dynamomètre). — *d) Tableau de la Puberté.* — *e) Tableau des urines.* — *f) Tableau de la vaccination.* — *g) Tableau de la température après la mort.*

Ces tableaux ont été reproduits dans le Compte-rendu de 1894, p. 54. Les *tableaux spéciaux* sont relatifs aux *épileptiques* (accès et vertiges), aux *hystériques* (attaques), à la *température* des accès et des attaques, aux *règles*.

*
* *

Afin de connaître le mieux possible nos malades, les maîtres et les maîtresse d'école, nos infirmiers et nos infirmières nous fournissent pour le certificat de quinzaine — que nous devons rédiger conformément à l'article 11 de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés — des renseignements détaillés, en se conformant aussi bien qu'ils le peuvent aux indications suivantes :

*
* *

Physionomie.

Attitude.

Tenue générale.

Marche.

Course.

Saut.

Montée et descente.

TOILETTE.

Lavage de la figure et des mains.

Propreté.

HABILLEMENT.

Ordre.

DIGESTION.

Préhension (cuillère, fourchette, couteau).

Appétit (perversions).

Bave.

Succion.

Mastication.

Déglutition.

Vomissements.

Rumination.

Gâtisme.

Constipation ou diarrhée.

Vers, corps étrangers dans les selles.

Hémorrhoïdes.

URINATION.

FONCTIONS RESPIRATOIRES.

Voix.

Respiration.

Oppression.

Toux.

PAROLE.

Nulle, limitée ou régulière. — *Défauts* de prononciation. Écholalie. Cris. Pleurs. Rires.

CIRCULATION.

Congestion des pieds, des mains, des oreilles et de la face ; pâleur.

Accès de colère.

Douleurs de tête.

Grincements de dents.

TICS. MANIES.

Onychophagie.

Coprophagie ou salacité.

SOMMEIL.

Durée. — Calme ou agité.

Soubresauts.

Cauchemars (terreurs nocturnes).

SENTIMENTS AFFECTIFS.

SENS SPÉCIAUX.

Vue.

Ouie.

Aptitudes musicales.

ODORAT.

Flaireurs.

GOUT.

TOUCHER.

Mains. Forme. — (Gaucher, droit ou ambidextre).

Chatouillement. — Douleur. — Chaleur. — Froid. Toucher proprement dit.

FONCTIONS INTELLECTUELLes.

Attention : fixable, mobile, nulle, volontaire ou involontaire.

Mémoire (auditrice, visuelle, olfactive, gustative des personnes, des lieux.

Conception des idées. Réflexion ; jugement. Association des idées. Incohérence.

Imitation personnelle ou impersonnelle.

Caractère : envieux, jaloux, impatient, irritable, haineux, triste, gai, sociable.

INSTINCTS.

I. de conservation. Conscience ou inconscience du danger.

I. de destruction ou clastomanie.

I. de propriété, kleptomanie

I. de vanité ou besoin d'approbation.

I. de domination

Egoïsme ou altruisme.

I. sexuel ; onanisme, solitaire, à deux, inversion, perversion, sadisme, etc.

ECOLAGE. — Les notes sont prises par nos instituteurs et institutrices qui doivent établir le bilan, à l'entrée, des connaissances scolaires des enfants. — *Cahier scolaire*, que nous avons institué dès notre arrivée à Bicêtre (1879).

Dans le but de faciliter la tâche de tous nos collaborateurs et de leur permettre de mieux se rendre compte des renseignements qu'ils ont à nous fournir, nous avons cru devoir ajouter aux *schémas* qui précèdent les *définitions* ci-après.

Définitions

Brachycéphalie	Brachycéphale. (De deux mots grecs, *brakus*, court et *képhalè*, tête.) Le diamètre transversal se rapproche sensiblement du diamètre antéro-postérieur. Tous les crânes humains sont en général plus longs que larges, le diamètre antéro-postérieur l'emporte sur le diamètre transversal. Donc dans la brachycéphalie, crâne large, tête carrée.
Plagiocéphalie (*plagios*, oblique)	Les deux moitiés du crâne chevauchent en quelque sorte l'une sur l'autre ; il s'en suit que la bosse frontale gauche, par exemple, est déprimée, aplatie, tandis que la moitié correspondante de l'occipital fait saillie. Inversement la bosse frontale droite est saillante et la moitié correspondante de l'occipital est déprimée. (Crâne oblique.)
Scaphocéphalie (*scaphos*, bateau)	Déformation du crâne qui prend la figure d'un bateau.
Dolichocéphalie (*dolichos*, allongé)	Le diamètre antéro-postérieur l'emporte de beaucoup sur le diamètre transverse. Crâne long.
Indice céphalique	Rapport entre les diamètres transverse et antéro-postérieur du crâne
Glabelle	Partie médiane inférieure du frontal, placée entre les bosses frontales et les extrémités internes des arcades sourcilières au-dessus de la racine du nez.
Vertex	Sommet de la tête.
Inion.	Protub. occipitale ext.
Obelion.	Milieu de la suture inter-pariétale.
Lambda.	Point de jonction de la suture inter-pariéta[le] et de la suture occip.-pariét[le].

Grand empan	Distance du rebord externe de l'extrémité supérieure de l'auriculaire au rebord externe de l'extrémité supérieure du pouce, la main étant dans son extension la plus complète, les doigts écartés.
Petit empan	Largeur de la main au niveau des articulations métacarpo-phalangienne, les doigts rapprochés et allongés.

Clastomanie (*Klastô*, je brise)	Manie de briser.
Coprolalie (*Kopros*, ordure ; laleô, je parle)	Manie de dire des mots grossiers.
Coprophagie du grec *Kopros*, ordure et *phagein* manger, ou encore Salacité.	Acte des enfants qui mangent toutes sortes d'ordures, même les excréments.
Cryptomanie (*Kryptô*, je cache)	Manie de cacher.
Cynophobie (*Kuôn*, chien, *phobéo*, j'ai peur)	Peur des chiens.
Dacnomanie (Dacnô, je mords)	Manie de mordre.
Echolalie *Écho*, *laléo*, je parle).	Manie de répéter les mots qu'on prononce devant vous, ou qui terminent les phrases.
Krouomanie (*Krouô*, je heurte)	Manie de se cogner la tête.
Onychophagie (*Onux*, ongle, *phagein*, manger).	Manie de se manger les ongles.
Psittacisme (*Psittacus*, perroquet)	Manie de répéter des mots sans liaison entre eux et sans à propos, à la façon des perroquets.
Pyromanie (*Pyr*, feu)	Manie de mettre le feu ; 1° pour voir briller le feu ; 2° pour détruire.

Zoophobie (*Zoôn,* animal ; *phóbéô,* j'ai peur).	Peur des animaux.
Agoraphobie.	Peur des espaces et des foules.

Cyphose (du grec *Kuphos,* courbé.)	Courbure anormale de la colonne vertébrale en arrière, c'est-à-dire dont la convexité est postérieure. On dit encore *voussure, dos voûté, excurvation.*
Lordose (du grec *lordos,* courbé.)	Courbure de la colonne vertébrale en avant.
Scoliose (du grec *skolios,* tortueux sinueux.)	Déviation latérale de la colonne vertébrale.

Troubles de la parole.

I. — *Ceux qui ont pour cause l'absence ou la faiblesse de l'idéation.*

Mutisme	L'enfant entend, mais ne parle pas sans qu'il y ait lésion des organes phonateurs.
Langage nègre	L'enfant possède un certain nombre des vocables, mais n'emploie pas le verbe, ne fait pas de phrase.

II. — *Ceux qui proviennent d'un défaut de transmission aux organes et de coördination dans leur fonctionnement.*

Bredouillement	Il y a bredouillement, lorsque la pensée allant plus vite que les organes phonateurs, n'a pour ainsi dire pas le temps de s'exprimer intégralement. De ce fait se produisent des articulations rapides, tronquées, fondues les unes dans les autres, et par suite incompréhensibles.

Bégaiement	C'est un état choréique intermittent des appareils qui président à la phonation articulée, l'acte respiratoire y étant compris. Il est *inspiré*, quand il se produit au moment de l'aspiration, *expiré* quand il se manifeste dans l'expiration, et *mixte* quand il existe dans les deux temps de la respiration.

III. — *Ceux qui proviennent des organes phonateurs.*

Blésité	Elle consiste dans la substitution, la déformation ou la suppression d'une consonne.
a) **Zézaiement**	Prépondérance du *z*; substitution du *z* au *s*, *j*, etc. *zouzou* pour *joujou.*
b) **Sesseyement**	Prépondérance du *s*; substitution du *s* au *ch*, *vasse* pour *vache.*
c) **Jotement**	Substitution du son vocal *i* au *l* : *iapin* pour lapin.
d) **Chuintement**	Substitution du *ch* au *s* : *chauchichon* pour *saucisson.*
e) **Grasseyment**	Tonalité gutturale du *r* ou suppression du *r* (langage des muscadins).
f) **Mytacisme**	Substitution du *b*, *m*, *p* à d'autres consonnes : *borceau* pour morceau.
g) **Clichement**	Addition du son *l* mouillé après certaines consonnes : *chianter* pour *chanter.*
h) **Substitutions**	**Diverses** du *n* au *l*, des dentales aux gutturales, etc.
i) **Accents divers**	Midi, serrement de dents, etc.
j) **Déformation**	des sons vocaux et nasaux.

*
* *

Enfin nous mettons à la disposition de notre personnel médical, pédagogique et secondaire les documents suivants : 1° le *Compte-rendu* du service, 2° *Des épileptiques et de leurs accès; rôle de l'infirmière,* 3° *Instructions aux infirmiers et infirmières de la section des enfants de Bicêtre.*

APPENDICE

Acrocéphalie (*akros*, pointu)	Tête pointue.
Trigonocéphalie (*trigon*, à trois angles)	Tête en forme de triangle.
Microcéphalie (*mikros*, petit)	Tête petite.
Macrocéphalie (*makros*, gros)	Tête volumineuse.
Hydrocéphalie (*hydôr*, eau)	Tête renfermant de l'eau.
Kleptomanie (*klepto*, je vole)	Manie du vol.
Échokninésie (*écho*, écho, *kinésis*, mouvement)	Répétition du même mouvement.

Signes de la mort.

Tous les ans, à l'école d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre, comme dans les autres écoles, il est fait une leçon sur les signes de la mort, le nettoyage du cadavre et l'ensevelissement. Dans le service, nous faisons prendre la température rectale du corps, jnsqu'à ce qu'elle soit en équilibre avec la température de la chambre, d'abord d'heure en heure, puis toutes les 2 heures.

TROISIÈME PARTIE

Clinique, thérapeutique, anatomie pathologique.

I.

Nouvelle contribution à l'étude de l'épilepsie vertigineuse et à son traitement par le bromure de camphre ;

PAR **BOURNEVILLE** ET **AMBARD** [1]

Depuis bien des années le bromure camphre est employé dans le service des enfants de Bicêtre[2]. Les résultats thérapeutiques obtenus soit dans la chorée, soit contre l'insomnie, et les cauchemars, soit surtout dans l'épilepsie ont été consignés dans des thèses inaugurales ou des notes insérées dans les *Compte rendus* annuels[3]. Aux faits anciens, nous allons en ajouter quelques-uns qui nous paraissent de nature à encourager les médecins praticiens à recourir à ce médicament,

[1] Extrait des *Archives de Neurologie*, 1902, n° 80.

[2] BIBLIOGRAPHIE. — Bourneville, Communications à la *Société de biologie*, 1874 et *Progr. méd.*, 1874, 1875, résumées dans la thèse de M. le Dr Pathault, 1875. — Revues des travaux publiés sur le bromure de camphre (*Progr. méd.*, passim) ; — Cornet, *Traitement de l'épilepsie*, 1889 (avec observations de notre service) ; — Bourneville, *Observation de chorée guérie par le bromure de camphre, avec spécimens de l'écriture* (Compte rendu du service de Bicêtre pour 1885, p. 49) ; — *Du bromure de camphre dans l'épilepsie* (Compte rendu de 1889, p. 33). — *De l'emploi thérapeutique du bromure de camphre* (érections douloureuses et cystalgie, accidents dus à la dentition, spermatorrhée, insomnie, hystérie, délirium trémens), *et en particulier dans l'épilepsie vertigineuse*, 5 observations (Compte rendu de 1895, p. 218) ; *Chorée, bromure de camphre, guérison*. En collaboration avec M. Katz, (Compte rendu de 1898, p. 3) ; — Clin, *Note le bromure de camphre. Académie des sciences*, 9 août 1875. On trouvera un grand nombre d'indications bibliographiques dans les *Revues* et *Thèses* citées.

[3] Dernièrement, nous avons vu une malade de Pologne, atteinte d'une affection douloureuse de la vessie, à laquelle le professeur Lotar a donné, avec succès, des capsules de bromure de camphre du Dr Clin.

moins employé qu'il ne devrait l'être, non seulement dans l'épilepsie, mais dans un grand nombre d'affections du système nerveux.

Observation I. — Épilepsie symptomatique.

Sommaire. — *Père, excès de boissons. Oncle paternel, excès de boissons, mort de tuberculose. Renseignements insuffisants sur le reste de la famille. — Mère sujette à des céphalalgies. Un frère et une sœur, morts de méningite. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de cinq ans* (père plus âgé).

Notre malade : première dent à sept mois. Propre à dix mois. Premières convulsions à sept mois. Tics convulsifs de l'épaule du côté droit. Convulsions fréquentes de sept mois à trois ans. Début de l'épilepsie à neuf ans. Accès et vertiges nombreux. Irritabilité, jalousie, turbulence. Description des accès et des vertiges. Procursion. Bromure de camphre. Diminution progressive et, enfin, disparition des vertiges. — Sortie, mariage.

Du... (Rachel), née le 14 juin 1883, entrée le 27 mai 1895 à la Fondation Vallée, en est sortie le 5 février 1901.

Antécédents héréditaires. — *Père* : mort à trente-huit ans d'une hernie étranglée; pas de rhumatismes, pas de convulsions, pas de maladies vénériennes, ni de fièvre typhoïde. *Il buvait beaucoup*, mais n'était que rarement ivre. [*Père* : pas de renseignements. *Mère* : soixante-quatorze ans, rhumatisante. Grands parents inconnus. Une *sœur* et sa fille bien portantes. Un *frère* mort de tuberculose.]

Mère : fièvre typhoïde à douze ans, pas de troubles intellectuels consécutifs; céphalalgies mais pas de migraines, ni de syphilis, ni alcoolisme, vive et emportée. [*Père* : sobre, mort à cinquante-neuf ans. *Mère* : morte à quarante-cinq ans, de cause inconnue. *Grands parents*, pas de renseignements. Un *frère* : vingt-huit ans, sobre. Deux *sœurs* : rien à signaler. Pas d'idiots, d'épileptiques, de malformés dans le reste de la famille.]

Pas de consanguité. Inégalité d'âge de cinq ans. (Père plus âgé).

Dix *enfants* : 1° garçon, dix-neuf ans, sain; 2° fille morte en venant au monde, à terme; la mort a été attribuée par la mère à une chute; 3° garçon mort à vingt-deux ans d'une *méningite* qui a duré onze mois; 4° fausse couche de trois mois, suite d'une peur; 5° garçon, fièvre typhoïde à sept ans et demi, intelligent; 6° fille morte à six semaines de cholérine; 7° notre malade; 8° garçon, dix ans, rien à signaler; 9° fille, sept ans, otite suppurée; 10° fille morte à deux mois et demi de *méningite*.

Notre malade. Rien de spécial à la *conception* [1]. — *Grossesse* absolument normale, ni chutes, ni émotions, ni frayeurs, ni éclampsie. *Accouchement* à terme en une heure. Elle a perdu beaucoup d'eau; présentation du sommet. Pas d'asphyxie, pas de cordon. Nourrie au sein par sa mère jusqu'à dix-sept mois. Prise du sein normale, pas de cris. Première dent à sept mois. Dentition complète à dix-huit mois. Elle a commencé à parler à huit mois, a été propre à dix mois. Ni bave, ni succion, ni onanisme.

Premières convulsions à sept mois, avec la première dent, pendant trente minutes. Aurait été toute raide, sans secousses, yeux grands ouverts. Depuis lors, jusqu'à trois ans, au moins cent convulsions. C'est la première qui a été la plus longue. Les premières convulsions n'ont pas modifié l'intelligence. A la suite des premières convulsions, à sept mois, l'enfant, au dire de sa mère, aurait conservé un *mouvement spasmodique de l'épaule droite*.

De trois à neuf ans, aucun accident convulsif, ni cauchemars, ni terreurs, ni vertiges. Le *premier accès* est survenu dans les conditions suivantes : A la fête de la place d'Italie, l'enfant demandait un sou pour monter sur les chevaux de bois. Sa mère refuse, l'enfant persiste dans sa demande et tout d'un coup tombe raide; elle resta quarante-huit heures sans connaissance. Un médecin, pendant ce temps, tenta vainement de la ranimer. Elle se réveilla spontanément, appela sa mère et demanda à manger. Elle fut menée à la Salpêtrière où Charcot ordonna des douches et du bromure. Nouvel accès trois jours après, sans cri. Elle se laissa glisser le long d'un mur, resta raide, puis elle ronfla. Ni bave, ni écume, ni évacuations : durée cinq minutes. Pas de folie pré-ou post-épileptique. *Sa mère n'aurait pas constaté de vertiges et cependant on les a notés dès l'entrée*. Pas d'atteinte de l'intelligence. Aucune maladie infectieuse, ni accidents scrofuleux; plusieurs bronchites légères.

Etat actuel. — L'enfant paraît en bonne santé, son attitude est normale. La physionomie intelligente. Lèvres et conjonctives bien colorées.

Tête : Cheveux châtains bien plantés. Crâne, configuration arrondie, symétrique. Front bombé. Visage ovale, cicatrice à la partie gauche du front, suite de chute. Arcades sourcillières normales, symétriques. Sourcils abondants, châtain foncé, bien plantés. Paupières mobiles et régulières. Yeux normaux. Nez droit. Pommettes régulières. Voûte du palais, amygdales, langue, normales. Dents bien plantées, saines. Menton rond. Oreilles régulières, lobule bien détaché. Tronc bien conformé. Membres supérieurs et infé-

[1] Le père, comme nous l'avons dit, commettait de fréquents *excès de boisson*, et les *rapports sexuels* avaient souvent lieu quand il avait bu.

rieurs normaux, ainsi que les réflexes; onychophagie bilatérale. Tous les ongles sont rongés dans une longueur qui varie de 5 à 6 millimètres. L'auscultation et la percussion ne décèlent rien de particulier.

Puberté. — Aisselles et pénil glabres. Seins : 7 centimètres de large sur 6 1/2 de haut. Grandes lèvres peu développées. Petites lèvres normales. Hymen, fissure antéro-postérieure. Pas d'hémorrhoïdes. Anus glabre. Non réglée. Pas d'onanisme.

Caractère variable, triste si on la laisse seule, pas d'accès de colère. Pas de perversions des instincts. Vagues tendances au suicide, aurait essayé de se jeter par la fenêtre, au dire de sa mère. — Digestion et respiration normales. Sujette à paresser. — Sensibitité spéciale et générale normales. Aucun signe d'hystérie. Sommeil bon, naturel. Sentiments affectifs excellents. Parole et voix nettes. Propre, soigneuse de sa personne.

Température à l'entrée.

DATE		SOIR	MATIN
27 mai.	1er jour	37°,2	
28 —	2e —	37°,3	37°
29 —	3e —	37°,6	37°,1
30 —	4e —	37°	37°
31 —	5e —	37°,4	37°,2

Traitement : Douches froides en jet en éventail de quarante secondes. Badigeonner les doigts avec de la teinture de coloquinte. Ecole, ouvroir, gymnastique.

Septembre. — Rachel est de plus en plus turbulente et irritable. A la moindre remarque, elle répond impertinemment, hausse les épaules, menace de se plaindre à ses parents. Elle est encore plus insupportable depuis l'entrée à la Fondation de sa sœur, dont elle est *jalouse*, s'empare de la plus large part des friandises apportées par sa mère. Si on fait une caresse à sa sœur, elle la regarde d'un œil méchant, la bat sans motif. On est obligé de les séparer au dortoir et au réfectoire. R... déclare qu'elle n'aime pas sa sœur et ne peut pas la voir. Elle est foncièrement paresseuse, ne travaille ni à l'ouvroir ni à l'école, taquine ses compagnes ou dort sur la table.

En raison de ses vertiges on lui donne des *capsules de bromure de camphre*, deux la première semaine, quatre la seconde,.. dix la cinquième, on suspend une semaine et on recommence.

19. — R... dont les *vertiges* sont très nombreux, a son *premier accès* aujourd'hui, précédé d'une série de vertiges. Pendant cinq minutes, elle est restée debout, immobile, le regard fixe, le visage pâle. Puis elle a dit : Oh ! que j'ai mal au cœur! J'ai mangé trop de poires. On l'a couchée et, au bout de quelques secondes, rigidité générale, secousses très fortes des quatre membres, face pâle puis violacée, bave assez abondante, ronflement. Au bout de deux minutes environ elle est revenue à elle : Où suis-je? J'ai mal au cœur ; j'ai mangé trop de poires, je n'en mangerai plus. » Ensuite elle a vomi beaucoup. Elle s'est endormie deux heures après. La nuit a été bonne. — Cet accès, le premier, depuis l'entrée, paraît avoir été provoqué par une *indigestion.*

Température dans l'accès.

DATE	Au moment du ronflement.	1/4 d'heure après l'accès.	2 heures après l'accès.	OBSERVATIONS
5 septembre 1895.	37°4	37°1	37°	
15 décembre 1895.	37°5	37°2	37°1	

Suivant la règle, la température rectale s'est élevée sous l'influence de l'accès.

Octobre. — Les *vertiges*, très nombreux, viennent à toute heure. Ils sont, toutefois, moins fréquents la nuit ou passent inaperçus. Voici en quoi ils consistent : secousses, regard fixe, yeux grands ouverts, nez pincé, face pâle. Si elle est debout, elle marche, va et vient, *court* dans le préau ou le jardin, sans s'en rendre compte. Si elle est assise, elle se balance d'avant en arrière. Loin de laisser tomber les objets qu'elle tient à la main, elle semble les saisir plus fortement. Lorsqu'elle revient à elle, elle secoue la tête, est surprise et étonnée, comme si elle sortait d'un rêve. Lui parle-t-on, elle répond : « Eh bien ! me voilà, ça y est... », et elle reprend l'ouvrage qu'elle faisait auparavant. Durée de quelques secondes à une ou deux minutes. Pas d'aura.

Dans les vertiges qui s'accompagnent de *procursion*, si, à ce moment, elle tient un enfant par la main, elle l'entraîne dans sa

course. En reprenant connaissance, elle est toute étonnée du chemin parcouru.

Décembre. — Le bromure de camphre, suspendu le 8 octobre et remplacé par l'élixir polybromuré, est repris de 2 à 10 capsules et de 10 à 2; élixir polybromuré de 1 à 4 grammes et de 4 à 1.

Puberté. — Seins 7 centimètres sur 7 et demi à droite, 7 sur 6 et demi à gauche. Fin duvet sur les deux tiers médians du pénil. Quelques poils à l'extrémité supérieure des grandes lèvres, qui sont assez développées, écartées l'une de l'autre d'un centimètre, laissant passer les petites lèvres brunes. Les règles n'ont point encore paru.

1896. *Juin.* — *Puberté.* — Quelques rares poils dans les aisselles. Seins, 14 centimètres de haut sur 11 de large. Aréoles bien pigmentées. Poils assez abondants sur le pénil. Les petites lèvres, très larges, débordent les grandes d'un centimètre. Capuchon long, recouvrant un clitoris petit. Hymen, orifice laissant passer l'index. Les *premières règles* ont apparu sans accidents particuliers. — Le traitement, outre les douches, les travaux scolaires et manuels et la gymnastique a continué ainsi qu'il suit :

1re	semaine :	2	capsules et	1	gramme	d'élixir polybromuré
2e	—	4	—	2	—	de polybromure
3e	—	6	—	3	—	—
4e	—	8	—	4	—	—
5e	—	10	—	4	—	—
6e	—	8	—	4	—	—
7e	—	6	—	3	—	—
8e	—	4	—	2	—	—
9e	—	2	—	1	—	—

1897. *Janvier.* — *Puberté.* — Poils assez rares, courts et foncés sous les aisselles. Seins, 14 centimètres sur 13. Poils assez abondants sur les deux tiers médians du mont de Vénus. Pas d'autres modifications. Les règles ont été suspendues en juillet, août et octobre 1896.

Rachel a fait quelques progrès sous tous les rapports. Parfois la bonne volonté fait défaut ; elle est turbulente, légère, taquine. Elle est plus affectueuse, plus empressée à rendre service, plus obéissante. En récréation elle joue avec ses compagnes, fait de la dentelle. Sa tenue est des meilleures, elle est même coquette. Travaille bien à l'ouvroir, est adroite pour la couture, le repassage, fait très bien la gymnastique.

Juin. — *Puberté.* — Les poils de l'aisselle n'ont guère augmenté. Seins, 16 sur 16. Poils plus nombreux sur le pénil et les grandes lèvres. Petites lèvres longues, dépassant les grandes lèvres. Orifice de l'hymen en forme de croix. Règles régulières. Pas d'onanisme.

TABLEAU A. — *Mesures de la tête*

	1895		1896		1897		1898		1899		1900	
	Mai.	Juillet.	Janvier.	Juillet.	Janvier.	Juillet.	Janvier.	Juillet.	Janvier.	Juillet.	Janvier.	Juillet.
Circonférence horizontale maxima	53	53	53	53	53	53	54	54	54	54	55	55
Demi-circonférence bi-auriculaire	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
Distance de l'articulation occipito-atloidienne à la racine du nez	39	39	39	39	39	39	40	40	40	40	10	40
Diamètre antéro-postérieur maximum	17,8	17,8	17,8	17,8	18	18	18	18	18	18	18	18,1
— bi-auriculaire —	11,5	11,5	12	12	12,1	12,1	12,1	12,3	12,8	12,8	12,8	12,9
— bi-pariétal —	14,2	14,2	14,6	14,6	14,7	14,7	14,7	14,7	14,7	14,7	14,7	14,7
— bi temporal —	11	11	12	12	12,4	12,4	12,4	12,4	12,4	12,4	12,4	12 4
Hauteur médiane du front	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5

Le caractère s'améliore, mais Rachel reste turbulente, taquine et semble aimer à faire de la peine aux autres enfants. Sous tous les autres rapports, les progrès signalés plus haut persistent.

1898. *Janvier.* — *Puberté.* — Seins, 16 sur 18. L'orifice de l'hymen paraît un peu large et permet facilement l'entrée de l'index.

Son travail, son activité et sa tenue ne laissent rien à désirer, mais elle est souvent peu attentive, dissipe ses cômpagnes. Elle est moqueuse, arrogante, voudrait dominer tout le monde et n'agit qu'à sa guise. Depuis quelque temps, elle se livre à l'*onanisme* et essaye de se faire toucher par les autres. Elle exige à cet égard une surveillance toute particulière.

Novembre. — Persistance de l'onanisme, cherche à entrainer ses compagnes et à profiter du moindre relâchement de surveillance.

1899. *Janvier.* — *Puberté.* — Mêmes dimensions des seins, pénil garni de poils longs et noirs sur toute sa longueur. Poils moyennement abondants sous les aisselles.

Rachel tient mieux compte des observations qui lui sont faites; elle pourrait faire de plus grands progrès en classe si elle était moins étourdie et moins distraite. Elle est toujours orgueilleuse, voudrait qu'on l'admire en tout et partout, essaye en promenade d'attirer les regards des hommes. Elle aime les jeux bruyants, est très adroite pour les travaux manuels, sait faire marcher la machine à coudre. A la gymnastique, elle est d'une agilité et d'une adresse sans pareilles.

Juillet. — *Puberté.* — Poils nombreux, mais courts sous les aisselles formant une bande de 8 centimètres sur 3. Seins 18 centimètres sur 15. Tout le pénil est couvert de poils noirs et assez longs. Même état de la vulve.

1900. *Janvier.* — *Puberté.* — Le sein droit mesure 21 centimètres transversalement sur 17 verticalement, le gauche 20 sur 17, aréoles bien dessinées, mamelons bien développés. Même état du système pileux. Grandes lèvres un peu plus épaisses.

Rachel travaille avec plus d'assiduité à la classe. Elle est toujours un peu légère et étourdie, il faut lui faire des remontrances qu'elle accepte beaucoup mieux qu'autrefois. Elle s'accorde bien avec lès compagnes de son âge, est serviable. C'est l'une des plus avancées pour le travail manuel. Cette amélioration du caractère coïncide avec une diminution considérable des vertiges.

Juin. — *Puberté.* — Pas de changement notable, sauf que les grandes lèvres ont un peu grossi, sont plus pigmentées et présentent des poils au niveau du tiers supérieur de la face externe.

A signaler une vanité croissante, le désir d'attirer sur elle l'attention des hommes qui viennent dans le service. Pour le reste, rien

de spécial à noter. Intelligence, attention, activité très satisfaisantes.

Rachel a fait des progrès sous tous les rapports. C'est une nature passionnée, des plus impressionnables. Il faut exercer sur elle une surveillance constante, principalement quand des ouvriers ou des jardiniers sont dans la maison. Elle fait tout ce qu'elle peut pour attirer leurs regards, passe et repasse devant eux. Ses allures, ses manières, son regard, tout est provoquant chez elle. Elle céderait volontiers à la moindre invitation. Pour tout ce qui concerne les travaux de repassage et à l'aiguille elle est très adroite. Elle pique à la machine avec beaucoup d'adresse. C'est une des meilleures ouvrières de l'ouvroir. Elle continue à faire de la gymnastique avec une agilité surprenante.

Septembre.— Comme les *vertiges* ont considérablement diminué, 3, 4, 9 dans les trois derniers mois au lieu de 300 à 400 dans les premiers mois de son séjour, nous lui accordons, sur la demande de sa mère, un congé de deux mois.

TABLEAU B. — *Tableau du poids et de la taille.*

	1895		1896		1897	
	Mai.	Juillet.	Janvier.	Juillet.	Janvier.	Juillet.
Poids	30 kg.	$37^{kg},500$	$37^{kg},500$	38 kg.	45 kg.	46 kg.
Taille	$1^{m},44$	$1^{m},46$	$1^{m},46$	$1^{m},47$	$1^{m},52$	$1^{m},56$
	1898		**1899**		**1900**	
	Janvier.	Juillet.	Janvier.	Juillet.	Janvier.	Juillet.
Poids	48 kg.	49 kg.	48 kg.	$48^{kg},900$	50 kg.	49 kg.
Taille	$1^{m},58$	$1^{m},58$	$1^{m},58$	$1^{m},58$	$1^{m},58$	$1^{m},58$

Les *règles* à partir de 1897, et jusqu'à son départ en congé d'essai (septembre 1900), ont été régulières, venant tous les mois, à un jour près, durant de quatre à six jours, sans douleur, en général abondantes.

27 *novembre.* — Sa mère nous apprend que Rachel travaille dans une imprimerie, qu'on est content d'elle, qu'elle se conduit bien et elle *affirme* qu'elle n'a eu, depuis son départ, aucun accident nerveux.

1901. — Le 23 *janvier,* nous recevons une lettre d'un M. X... nous demandant un rendez-vous afin d'avoir des renseignements sur la maladie de Rachel. Le signataire ne serait autre qu'un prétendu.

5 *février.* — Sa mère vient nous demander si R... peut se marier. Le prétendu, âgé de vingt-quatre ans, ouvrier en vitraux, serait fils de *sourds et muets,* son père à partir de quatre ans, à la suite d'une chute, sa mère, de naissance, ce qu'on a attribué à une peur de sa mère pendant la grossesse. Rachel continue à travailler dans une imprimerie où l'on est satisfait d'elle. Sa mère n'a remarqué aucun vertige, ce qui est probable, car on en aurait vu à l'imprimerie, d'autant plus qu'elle travaille partout, même aux machines.

1902. — Nous apprenons que Rachel s'est mariée en novembre dernier. Son mari, qui est bien au point de vue physique, parait intelligent, s'exprime avec facilité, se déclare très content de son mariage, n'avoir à se plaindre en aucune façon de sa femme. Celle-ci est en bonne santé, bien qu'elle ait un peu maigri et n'aurait eu aucun accident nerveux. La surveillante, Mlle Langlet, qui est allée aux renseignements a trouvé leur logement très soigné, très propre. Rachel était absente.

Voir page 11 marche des accidents épileptiques.

Réflexions. — I. L'*hérédité* est très peu chargée. Ce qui domine, c'est l'*alcoolisme* du père, qui parait s'être traduit chez ses enfants, par deux cas de *méningite* et l'*épilepsie* de notre malade,

II. Cette affection aurait été précédée de nombreuses *convulsions* depuis l'âge de sept mois jusqu'à trois ans. De là à neuf ans aucun accident convulsif. C'est à neuf ans qu'aurait débuté l'épilepsie. Elle était surtout caractérisée par des *vertiges.*

III. Sous l'influence du traitement par le *bromure de camphre,* administré sous forme de capsules, les vertiges ont diminué et finalement disparu. L'histoire de Rachel met bien en évidence les heureuses modifications survenues dans son caractère, au fur et à mesure de la diminution des vertiges. A cet égard, c'est une observation typique.

IV. La description que nous avons tracée d'un accès et de plusieurs vertiges s'ajoute à celles qui sont disséminées dans nos *Comptes-rendus* et dont les auteurs des traités de médecine pourraient assurément tirer profit.

TABLEAU C. — *Tableau des accès.*

MOIS	1895		1896		1897		1898		1899		1900	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier.	»	»	»	217	»	185	»	127	»	155	»	10
Février.	»	»	»	267	»	108	»	145	»	196	»	8
Mars	»	»	»	312	»	190	»	118	»	186	»	15
Avril	»	»	»	420	»	198	»	155	»	180	»	6
Mai.	»	40	»	162	»	125	»	108	»	185	»	3
Juin	»	175	»	215	»	145	»	112	»	153	»	5
Juillet.	»	274	»	115	»	120	»	108	»	113	»	4
Août	»	277	»	216	»	142	»	88	»	86	»	9
Septembre	1	292	»	240	»	155	»	75	»	21	»	3
Octobre.	»	259	»	241	»	160	»	90	»	6	»	»
Novembre.	»	345	»	115	»	128	»	102	»	11	»	»
Décembre.	1	330	»	85	»	125	»	101	»	10	»	»
TOTAUX.	2	1993	»	2605	»	1787	»	1327	»	1302	»	63

Observation II. — Épilepsie idiopathique (?). Bromure de camphre. Guérison.

Sommaire. — *Père, aucun accident nerveux, mort de tuberculose en décembre* 1890. — *Renseignements à peu près nuls sur sa famille.* — *Mère, migraineuse.* — *Grand'mère maternelle sujette à des névralgies.* — *Rien de particulier dans le reste de la famille.* — *Sœur morte probablement de tuberculose.* — *Pas de consanguinité.* — *Inégalité d'âge de huit ans.* (Père plus âgé.)

Conception, rien d'anormal. — *Grossesse tourmentée par une maladie de son mari.* — *Accouchement un peu long.* — *Cyanose à la naissance.* — *Première dent à six mois.* — *Dentition complète à ?* — *Début de la parole à un an ;* — *de la marche à quatorze mois.* — *Propre de bonne heure.* — *Intelligence développée.* — *Certificat d'études à douze ans.* — *Ennuis et tristesse dans la douzième année.* — *Première crise à treize ans* (février 1898). — *Ensuite quelques crises espacées sur un laps de temps de deux mois* (1898). — *Vertiges très nombreux.* — *Traitement par le bromure de camphre.* — *Disparition complète des crises en juin de la même année.* — *Maintien de la guérison de juin* 1899 à 1902.

De Mich... (Marguerite), née le 4 avril 1885, entrée le 7 janvier 1899 à la Fondation Vallée, est sortie le 20 avril 1901.

Antécédents héréditaires. (*Renseignemeuts fournis par sa mère*). — *Père,* quarante-cinq ans, *rhumatisant;* tourneur de son métier, mort en décembre 1899 de *tuberculose.* — Pas de convulsions, pas de migraines, pas d'abusd'alcool ni de tabac. Caractère vif. Marié à vingt-sept ans. — Le père de la malade est d'origine italienne, et on ne peut donner de renseignements sur sa famille, mais on pense qu'il n'y a jamais eu de cas de maladie nerveuse.

Mère, trente-huit ans, *migraines* fréquentes dès l'âge de douze ans. Réglée à quatorze ans. — Les migraines, très fréquentes dans les premières années, se sont un peu espacées, au point de ne reparaître actuellement que tous les mois. — Elles consistent en une céphalalgie, accompagnée de nausées et parfois de vomissements; pas de brouillard, mais souvent elle voit un fil noir tendu devant l'œil gauche. Ni rhumatisme, ni chorée, ni fièvre typhoïde. [*Père,* mort à soixante-un ans, d'un refroidissement, sobre, pas de migraines. — *Mère,* soixante dix-sept ans, bien portante, pas de migraines, mais elle a « comme des névralgies ». — Pas de renseignements sur les grands parents. — Un *frère,* quarante-cinq ans, en bonne santé ainsi que ses dix enfants qui n'ont pas eu de convulsions. — Une *sœur,* mariée, a eu une fille, laquelle elle-même a une enfant : ni les uns, ni les autres n'ont eu de convulsions. —

Rien dans le reste de la famille, ni bègues, ni paralytiques, ni malformés, ni strabiques, etc.]

Pas de consanguinité. Différence d'âge de huit ans (père plus âgé). — Aucun indice de syphilis ni chez l'un, ni chez l'autre.

Deux *enfants*. — 1° Notre malade; 2° une fille morte à huit ans et demi de *péritonite tuberculeuse* aux Enfants-malades.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A la *conception*, rien de spécial si ce n'est que le père était déjà souffrant. — *Grossesse* dans des conditions à peu près parfaites, sauf que la mère était continuellement préoccupée par la santé de son mari. Elle ne sait pas exactement àquelle époque elle a senti remuer l'enfant; les mouvements étaient modérés. — *Accouchement* à terme, travail assez long, l'enfant est venue *toute noire*, à la naissance, néanmoins elle aurait crié de suite. (Frictions). Accès de cris nuit et jour pendant les premières semaines.

L'enfant a éte nourrie simultanément au sein et au biberon (lait de vache). Première dent à six mois. — A quatre mois, on la mettait déjà sur le vase. — Elle a commencé à causer à un an, à marcher à quatorze mois. — Pas de convulsions.

A six ans, M... fréquente l'école; elle y aurait été heureuse sauf dans la dernière année où elle ne pouvait s'entendre avec sa maîtresse de classe. Elle y aurait travaillé en général avec succès et a eu son certificat d'études à douze ans.

Avant la première crise (février 1898) qui a duré deux à trois heures, la malade semble avoir eu une *contracture* des membres inférieurs, elle avait les pieds tournés en dedans. Cette contracture a été attribuée à une longue course à Paris, avec un grand refroidissement (?). A la suite de quelques exercices de marche, cette contracture a disparu. C'est alors qu'est apparue une *sensation de boule* venant de l'estomac et s'arrêtant dans la gorge. Ces crises avec boule revenaient tous les jours pendant une heure.

Vers le mois de mai 1898, les crises avec boule ont été remplacées par des *crises complètes*. Elles étaient annoncées par une envie de partir, d'aller chez une voisine, dans la rue. Sa mère le lui défendant, elle tombait. Pas de cri, chute subite, rigidité générale, poings fermés, pouces en dedans; pas de grands mouvements, pas d'arc de cercle, mais perte d'urine et écume abondante.

La malade revenait à elle en poussant des cris et en souffrant du cœur. La première crise dura deux heures. Les grandes crises se sont reproduites tous les jours jusqu'à quatre par jour.

Durant les deux semaines ayant précédé son placement à la Salpêtrière (26 juillet 1898), elle aurait eu après ses crises des *attaques de folie*. Elle mangeait de l'herbe, se roulait par terre, dans le ruisseau, criait, refusait d'obéir aux ordres, essayait de battre sa mère, serrait et desserrait son corset sans motifs, cassait les car-

reaux. Deux fois elle est montée sur le barreau de la fenêtre du premier étage comme si elle voulait se jeter dans la rue. Les crises de folie duraient deux ou trois heures. Pas d'onanisme.

A la Salpêtrière où elle reste jusqu'au 28 novembre, elle a eu deux crises en juillet et 5 en août (lettre de M. J. Voisin).

Les parents la reprennent alors chez eux. Bientôt la malade accuse une douleur sourde dans les jambes suivie au bout de cinq à six jours, de *vertiges*.

En somme après des phénomènes prémonitoires surviennent des accès d'épilepsie qui durent six mois. Trois mois d'accalmie. Enfin, retour des accidents épileptiques qui motivent l'entrée dans le service.

État actuel. — Tête petite, arrondie, cheveux châtains, pas d'anomalie d'implantation. Front bas. Face allongée. Joues symétriques. Nez droit. Vue normale, pas de dyschromatopsie. Lèvres moyennes. Langue mobile. Amygdales grosses. L'enfant respire par la bouche sans que l'examen de la gorge explique ce fait. Maxillaires normaux. Dentition régulière. — *Oreilles*. Pavillon grand, écarté de la tête. Physionomie douce, intelligente. Attitude bonne.

Cou. — Corps thyroïde perceptible à la palpation.

Thorax symétrique et viscères normaux. — *Abdomen* régulier. *Foie* dépassant les fausses côtes d'un doigt.

Puberté. — Seins, 16 centimètres de haut sur 18 de large, symétriques. Aisselles glabres. Pénil à peine garni de quelques poils Grandes lèvres épaisses. Petites lèvres normales. Clitoris bien développé. Hymen, orifice circulaire laissant pénétrer le petit doigt. Région anale naturelle. La malade n'est pas réglée. Pas d'onanisme.

Mich... parle, comprend et répond bien, marche lentement, paraît absorbée, court bien, mais est assez vite essoufflée à cause de son embonpoint qui est assez prononcé. Appétit bon, sans trouble de la digestion. Elle s'endort assez lentement, semble parfois en proie à des *cauchemars* ; s'agite et parle quelquefois tout haut la nuit.

Elle est d'une propreté irréprochable, allant même jusqu'à une certaine coquetterie. Caractère calme, n'aime pas les jeux bruyants; s'emporte néanmoins assez facilement, quand on la contredit. Elle aime bien ses compagnes et joue volontiers avec elles. Elle dit s'ennuyer beaucoup, parle souvent de ses parents. Elle n'a jamais pleuré. Parfois accès de petits rires, courts et « nerveux ».

Elle ne souffre de la tête qu'après ses vertiges, la céphalalgie dure peu. Pas de phénomènes vasomoteurs appréciables à la face. Le *sensibilités* générale et spéciale sont physiologiques. Les seutiments affectifs sont développés.

Tics. — Quand elle est inactive, elle compte successivement tous

les doigts de la main droite avec une vivacité extraordinaire et sans s'en apercevoir.

Très attentive, fait des réflexions sur tout ce qu'elle voit, prend un plaisir extrême à la musique. — Lit facilement, très vite, semble avoir hâte de terminer sa lecture. Elle écrit régulièrement et rapidement. En géographie, histoire, calcul, force moyenne, elle possède d'ailleurs son *certificat d'études.* Néanmoins, elle se plaint d'un affaiblissement de la mémoire depuis qu'elle a ses vertiges. Tel est l'état de la malade au moment et dans les premiers temps de son entrée à la Fondation Vallée.

Température à l'entrée.

DATE		MATIN	SOIR
7 janvier	1er jour.	»	37° 2
8 —	2e —	37°	37° 4
9 —	3e —	37° 2	37°
10 —	4e —	37°	37°
11 —	5e —	37° 2	37° 4

Février. — Quand l'enfant nous a été amenée par sa mère, elle n'avait pas d'accès d'épilepsie complets, mais des vertiges extrêmement fréquents survenant toutes les dix minutes, ou tous les quarts d'heure.

Le traitement suivant fut institué le 25 janvier 1899 : Capsules de bromure de camphre administrées successivement au nombre de : 2, 4, 6, 8 puis de 6, 4, 2. Elixir poly-bromuré : 2 gr. Huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, hydrothérapie. Le traitement est poursuivi jusqu'au moment de la sortie de l'enfant, c'est-à-dire juillet 1900.

Février. — La physionomie devient anxieuse sous l'influence des *vertiges*, qui l'assaillent constamment, à intervalle d'environ dix minutes. Chaque *vertige* dure une minute. Les yeux se convulsent et sont animés de mouvements saccadés, ils se portent en haut et un peu en dedans; la tête s'incline sur l'épaule gauche et se met en extension forcée. Simultanément le membre supérieur droit est le siège de mouvements rythmés très lents. Le visage pâlit pendant tous les vertiges et rougit quand elle revient à elle. Alors elle sourit « comme si elle revenait d'un beau rêve », nous dit-on.

18 *Avril.* — *Accès.* Rien de particulier dans son attitude ni dans

son caractère avant de tomber. Elle paraissait calme. Immédiatement avant la chute, étant à l'école, elle dit à sa voisine : « Je n'y vois plus bien clair. » Aussitôt sa tête s'est rejetée en arrière, elle est tombée sur sa voisine de droite. La figure s'est congestionnée, les paupières ont battu vivement, ses yeux se sont dirigés en haut, ses mâchoires se sont contractées. Les membres rigides ont été pris de fortes secousses. Après cette première période qui a duré environ une minute, le corps est devenu flasque, la malade a ronflé et à chaque ronflement elle envoyait un jet de bave (non sanguinolente). Elle a uriné sous elle et s'est endormie pendant quelques minutes. On l'a montée au dortoir pour la changer. C'est alors seulement qu'elle est revenue tout à fait à elle. Elle était tout étonnée d'être au dortoir : « Pourquoi m'avez-vous fait monter ici ? » Elle ne se souvenait de rien. *Température* au moment du ronflement, 37°, 6 ; un quart d'heure après 37°, 8 ; deux heures après, 37°, 3. C'est le seul accès constaté jusqu'à la sortie.

Dans ce cas, de même que dans le précédent, nous constatons une *élévation de la température* sous l'influence de l'accès. Cette élévation est bien mise en relief par le tableau de la température durant les cinq premiers jours de l'admission.

Juin. — Les vertiges diminuent. De Mich... a assez de goût pour les travaux scolaires. Elle n'est maladroite ni pour la couture, ni pour le repassage, toutefois il faut la stimuler. Elle met de la bonne volonté à la gymnastique, mais n'est pas très agile dans ses mouvements à cause de son embonpoint. Très affectueuse envers ses compagnes, un peu turbulente, la moindre observation l'ennuie et la surexcite et elle accueille les remontrances avec un sourire moqueur. Même traitement.

Puberté. — Quelques poils rares sous les aisselles. Seins symétriques, 18 centimètres de haut sur 20. Poils bruns, assez longs, peu nombreux sur le pénil. Grandes lèvres épaisses. Petites lèvres normales. Clitoris assez développé. Même état de l'hymen et de la région anale.

Décembre. — Elle a eu trois vertiges le jour où elle a appris la mort de son père.

1900. *Janvier.* — *Puberté.* Même état des aisselles. Seins, 25 sur 18 à droite, 24 sur 18 à gauche. Mamelons peu saillants. Aréoles bien dessinées. Poils plus abondants et plus longs sur le pénil. Pas d'autres changements. Les *règles* ont paru, pour la première fois, du 12 au 19 juillet, puis du 13 au 18 août. Elles ont été suspendues en septembre et ont reparu du 8 au 14 octobre, du 2 au 9 novembre, du 2 au 8 décembre.

De Mich..., *dont les vertiges sont devenus de plus en plus rares*, s'est améliorée sous tous les rapports. Elle travaille bien à l'école, fait parfois la classe à des compagnes moins avancées. Elle est plus calme, moins irritable, plus prévenante et plus serviable. Elle se montre habile et courageuse à l'ouvroir. Elle apporte à la gymnastique beaucoup de bonne volonté. Même traitement sauf que les capsules de bromure de camphre ne seront données que de 2 à 6.

Juin. — L'amélioration a continué, M... n'a eu ni accès, ni vertige, depuis le 1er janvier.

Poids de la taille.

	1899		1900	
	Janvier.	Juillet.	Janvier.	Juillet.
Poids	51 kg	52 kg 500	52 kg	51 kg 500
Taille	1 m 48	1 m 50	1 m 51	1 m 52

Mesures de la tête.

	1899		1900	
	Janvier	Juillet	Janvier	Juillet
Circonférence horizontale maxima. .	54	54	55	55
Demi-conférence bi-auriculaire . . .	37	39	39	39
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez . . .	40	41	41	41
Diamètre antéro-postérieur maximum	17,6	17,6	17,6	17,9
— bi-auriculaire — .	13,5	13,8	13,8	13,8
— bi-pariétal — .	15	15	15	15
— bi-temporal — .	12,8	12,9	12,9	12,9
Hauteur médiane du front	5,5	5,5	5,5	5,5

Les vertiges ont subi en 1899 et jusqu'en juillet 1900, sous l'in-

fluence du traitement par le *bromure de camphre*, la décroissance suivante :

	1899	1900
Janvier	345	«
Février	280	«
Mars	168	«
Avril	150	«
Mai	60	«
Juin	17	«
Juillet-Novembre	0	«
Décembre	3	«

24 *juillet.* — L'enfant part en congé d'essai.

23 *octobre.* — Sa mère nous assure qu'elle n'a eu aucun vertige depuis qu'elle est retournée chez elle. Elle l'aide à servir les clients. Elle est toujours très susceptible, se met facilement en colère, mais se reprend vite. Ses règles, de moyenne abondance, s'accompagnent de douleurs lombaires. Pas de leucorrhée.

1901. 26 *février* — La mère nous amène l'enfant pour constater son bon état actuel, et nous dire que la guérison de ses vertiges s'est maintenue depuis la sortie de la Fondation.

Elle nous assure de nouveau qu'avant l'admission à la Salpêtrière, elle n'avait pas de vertiges, mais des accès au nombre de trois ou quatre par jour; que, avant le placement à la Fondation, elle avait des accès et des vertiges.

1902. Pendant que l'observation était à l'impression, nous avons revu notre ancienne malade. Poids : 59 kil. ; taille 1 m. 53 La mère. nous affirme qu'elle n'a pas eu un seul vertige, que son caractère et sa conduite ne laissent rien à désirer; qu'elle n'a pas d'impulsions génitales et travaille bien. Sa santé physique est excellente.

Puberté : poils bruns sous les aisselles formant, à gauche une bande de 5 centimètres sur 2 et, à droite, de 6 centimètres sur 2 et demi. Seins très développés, 27 transversalement à gauche, et 25 à droite; verticalement à gauche, 19; à droite, 18 et demi. Aréoles larges, mamelons saillants, 7 millimètres de diamètre. Poils noirs abondants sur tout le pénil dans une largeur de 9 centimètres et dans une hauteur de 7 centimètres ; assez abondants aussi sur le bord des grandes lèvres. Rien dans les aines. Les règles sont indolores avec un retard d'un ou deux jours ; écoulement moyen, pas de leucorrhée.

Réflexions.— I. Les premiers accidents semblaient se rapprocher de l'hystérie ; mais la description d'un *accès* et de *vertiges* auxquels nous avons assisté ne laissent aucun doute sur leur nature comitiale.

II. L'action du *bromure de camphre* s'est fait sentir bien plus rapidement que chez la malade de la première observation. La guérison s'est maintenue puisque de juillet 1900 au commencement de 1902, il n'est survenu ni accès, ni vertiges.

Observation III. — Imbécillité et épilepsie symptomatique.

Sommaire. — *Père, enfant naturel, aucun accident syphilitique. — Céphalalgies après la naissance du malade. — Grand'mère paternelle nerveuse, sujette à de violentes colères et à des crises épileptiformes* (?). — *Oncle paternel épileptique. — Un petit cousin, déserteur on ne sait pourquoi, a été condamné à la prison* (belge). — *Mère, ouvrière dans une manufacture de tabac, convulsions de l'enfance, violente, a voulu tuer son mari, dont elle s'est séparée après huit ans de mariage. — Deux tantes maternelles déséquilibrées. — Une sœur et un frère morts de convulsions.*

Consanguinité (cousins germains). — *Inégalité d'âge de quatre ans.*

Grossesse : vomissements. Rien de particulier à l'accouchement et à la naissance. — Première dent à six mois. — Début de la parole et de la marche à dix mois. — Convulsions internes à sept mois. — A huit ans et demi, chute dans l'eau. — A neuf ans, enfermé, pendant dix minutes, dans une salle de discipline pour avoir jeté des pierres contre un factionnaire : affolement à la sortie. — Premiers accidents épileptiques deux semaines après cette émotion. — Vertiges de plus en plus fréquents, jusqu'à cinquante (?) *par jour avant l'entrée. — Renvoi des écoles. — Placements multiples en apprentissage. — Accès et vertiges.*

1894. *Elixir polybromuré* (*de* 2 *à* 4 *gr.*) *et bromure de camphre de* 2 *à* 6 *puis* 8) *; hydrothérapie, etc. — Guérison* (?).

Henne... (F. P.), né à Lille, le 8 septembre 1883, est entré à Bicêtre, le 5 octobre 1893.

1893. 6 *octobre*. — *Description d'un vertige*. — L'enfant est debout. Subitement, sans cri, la tête et le tronc sont jetés en avant et si l'on n'était pas intervenu aussitôt, il se serait contusionné la face sur la table. On le maintient debout en le soutenant sous les bras, sans cela il s'affaisserait. La tête, dans l'extension, est penchée sur l'épaule droite. La face et les yeux sont dirigés en haut et à gauche. Paupières ouvertes. Bouche secouée à gauche. Quelques secousses du bras correspondant. Les joues deviennent rouges. Au bout d'environ deux minutes, l'enfant qui, jusque là, était resté penché en avant, se redresse, regarde tout étonné, pâlit, et revient à lui sans se rendre compte qu'il a été malade. Il appelle ces vertiges des *accès debout*.

1895. 6 *avril*. — *Description d'un accès*. H... tombe violemment à la renverse. Corps rigide, en extension. Face congestionnée, plutôt violacée que rouge. Mains fermées, les pouces en dedans. Secousses cloniques des membres. Ni stertor, ni bave, ni miction. Au bout d'une minute il revient tout à fait à lui. — Parfois, il tombe en avant (cicatrices du menton).

24 *juin*. — *Autre accès*. Sans avertissement, sans cri, il tombe en arrière. Nous le voyons alors qu'il a des mouvements cloniques des paupières (les yeux sont portés directement en haut) et des bras qui se rapprochent et s'éloignent successivement de la ligne médiane et des membres inférieurs. Ni ronflement, ni bave, ni évacuation involontaire. Durée une minute. Il se relève, ramasse et remet sa ceinture.

On assure qu'au réfectoire, s'il a un *vertige*, il continue à manger comme s'il n'avait rien du tout. (C'est le cas d'un autre malade, Siga...).

1896. *Juin*. Parallèlement à la diminution des vertiges, les maîtres constatent que la mémoire devient meilleure.

1897. *Avril*. *Accès* : Avant de tomber en arrière, H... tourne plusieurs fois sur lui-même comme une toupie. Un peu de bave. Soubresauts à la fin. T. R. 37°,2, un quart d'heure après, T. R. 37°,5, deux heures après, 37°,4. Dans un accès de 1901, on a noté : T. R. 37°,5, 37°,7 et 37°,2.

1902. *Janvier*. Envoyé en congé. — Sa mère nous a écrit depuis qu'il n'avait eu ni accès, ni vertiges.

Marche des accidents épileptiques.

	Accès.	Vertiges.		Accès.	Vertiges.
1894...	57	750	1898...	1	15
1895...	31	993	1899...	8	3
1896...	2	153	1900...	10	9
1897...	16	296	1901...	9	1

Les vertiges persistant à être nombreux en 1894 et 1895, à notre grande surprise, nous avons examiné et fait examiner par le pharmacien de l'hôpital et par M. le professeur Bourgoin, directeur de la pharmacie centrale, les capsules de bromure de camphre. Il a été constaté qu'elles avaient une enveloppe très épaisse, qu'elles devaient se fondre difficilement. Elles ont été remplacées par d'autres, bien préparées, et à partir de leur administration nous avons vu les vertiges diminuer puis disparaître.

Nous possédons bien d'autres observations d'*épilepsie ver-*

tigineuse où l'efficacité du bromure de camphre a été remarquable. Les trois qui précèdent nous semblent suffisamment démonstratives pour ne laisser aucun doute. Elles corroborent tout ce que nos élèves et nous avons dit dans des publications antérieures. Ainsi que le montrent nos observations, le traitement doit, souvent, être longtemps prolongé, ce n'est qu'à cette condition qu'un peut attendre un heureux résultat.

II.

Réflexions sur la puberté à propos des deux premières observations ;

PAR **BOURNEVILLE.**

Nous avons noté tous les six mois, à peu près régulièrement l'évolution de la puberté chez Rachel D... de 1895 à 1901. Au début, les aisselles et le pénil étaient glabres, les grandes et les petites lèvres peu développées. Seuls les seins indiquaient une transformation prochaine.

En 1896, le pénil se garnit de poils alors que les aisselles n'en offrent qu'un petit nombre. Les grandes et les petites lèvres surtout grossissent, les seins doublent presque de volume et les règles apparaissent.

Tandis que les poils du pénil s'étendent, s'allongent sur tout le pénil, envahissent la face externe des grandes lèvres, surtout en haut, ceux des aisselles n'augmentent que lentement en abondance et en longueur.

Les seins qui avaient en 1895, 7 centimètres de large sur 6 cent. 5 de haut, mesuraient en 1902, 21 cent. sur 17.

Les aréoles et les mamelons s'accusent progressivement. Les grandes lèvres deviennent peu à peu plus volumineuses et leur face interne se pigmente.

Les *règles* ont toujours été régulières et se sont établies sans douleur.

Parallèlement, de 1895 à 1900, la *taille* s'est élevée de 1 mètre 44 à 1 mètre 58 et le *poids* a monté de 30 kilogrammes à 49.

Chez la seconde malade, nous voyons une évolution à peu près semblable : la puberté commence par le développement des seins, puis par l'apparition du système pileux du pénil et enfin dans les aisselles. L'établissement des règles s'est annoncé par une poussée du côté des seins [1].

[1] Le lecteur trouvera de nombreuses descriptions de la puberté chez les garçons et les filles dans nos *Comptes rendus* du service des enfants de Bicêtre.

III.

Contribution à l'étude de l'idiotie morale et en particulier du mensonge comme symptôme de cette forme mentale ;

PAR **BOURNEVILLE** ET **J. BOYER**.

Nombreuses sont les observations que nous avons publiées sur l'idiotie morale, sur ses manifestations si variées. Celles que nous allons rapporter sont destinées surtout à mettre en relief l'un des symptômes de cette maladie : *le mensonge*.

OBSERVATION I. — IDIOTIE MORALE ; LÉGÈRE ARRIÉRATION INTELLECTUELLE [1].

SOMMAIRE. — *Père mort aliéné. — Grand-oncle, grand'mère et grand'-tante paternels suicidés. — Tante paternelle nerveuse, morte phtisique.*

Mère, convulsions de l'enfance, morte phtisique. — Grand-oncle maternel mort de morphinomanie et de cocaïnisme. — Frère instable, paresseux.

Pas de consanguité. — Inégalité d'âge de sept ans (*père plus âgé*).

Conception, grossesse, accouchement, naissance, rien de particulier. — Convulsions de l'enfance à plusieurs reprises. — Parole tardive, zézaiement, bégaiement. — Mensonges (10 *ans*), *instabilité, onanisme* (14 *ans*). *— Kleptomanie. — Fugues, écolage irrégulier, une exclusion pour onanisme, une autre pour mensonges. — Sournois, hypocrite, jaloux. — Périodes de mélancolie* (1896). *— Traitement médico-pédagogique, amélioration relative.*

A. R..., né le 14 juillet 1879 est entré à l'Institut médico-pédagogique le 14 mars 1896, d'où il est sorti le 31 décembre 1897.

Antécédents héréditaires. — Père mort à quarante ans d'une « paralysie au cerveau », interné. Etait dans l'industrie, affaires difficiles, accident de voiture où il faillit être tué : consécutivement, bizarrerie de caractère, irritabilité, affaiblissement progressif de la mémoire, vie de famille impossible. — Un oncle paternel se sui-

[1] Un résumé de cette observation a été communiqué par M. Boyer à la *Société libre pour l'étude psychologique de l'enfant* (*Bulletin*, n° 5, p. 120, 1901).

cide à vingt et un ans, parce que sa famille s'oppose à son mariage. — Grand'mère paternelle s'est jetée par la fenêtre, sous le coup de la *démence* à soixante-dix-sept ans. — Grand'tante paternelle, *suicidée* à la suite de chagrins intimes. — Tante paternelle très nerveuse, morte phtisique à trente-neuf ans ; ses enfants sont malingres, très nerveux, surtout l'aîné, qui a eu des *convulsions*.

Mère morte phtisique à trente-quatre ans; convulsions de l'enfance. — Le seul cas pathologique à relever dans la famille maternelle, est celui d'un grand-oncle maternel, médecin, mort de morphinomanie et de cocaïnisme.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de sept ans (père plus âgé).

Deux *enfants* : 1° un garçon de dix-huit ans et demi, bien portant, est dans le commerce; n'a jamais eu de goût pour l'étude, dépensier, instable; — 2° notre malade.

Antécédents personnels. — Rien à signaler à propos de la *conception*, de la *grossesse* et de l'*accouchement*. L'évolution physique aurait suivi son cours normal, sauf en ce qui touche la parole, qui aurait été tardive et aurait toujours présenté du zézaiement et du bégaiement. — *Convulsions* de l'enfance, à plusieurs reprises, qui auraient amené les troubles de la parole. — A eu la rougeole, la scarlatine et peut-être la coqueluche. — A eu toujours de la difficulté pour apprendre; on le change à chaque instant d'école ; partout on se plaint de ses *mensonges* (dès l'âge de dix ans), on est obligé de le retirer des divers établissements qu'il a fréquentés, de peur d'exclusion. A quatorze ans, on constate l'*onanisme* fréquent, et la *kleptomanie*. Fait de véritables détournements : on lui donne 20 francs pour aller solder une note, il garde l'argent; il vole des bijoux à ses bonnes, des livres à son grand-père pour les vendre ; va emprunter de l'argent au nom de son grand-père (jusqu'à 100 francs) à des amis de famille, il a acheté une fois avec de l'argent volé ou emprunté pour 39 francs de bonbons chez un épicier. Dans une pension où il est, il va trouver son professeur pour lui demander des leçons particulières, à l'insu de ses parents, et en prend ainsi plusieurs mois. Fugues de plusieurs jours à la suite d'emprunts ou de vols. On n'a jamais pu savoir comment il passait son temps et où il dépensait l'argent. A toutes les observations qu'on lui faisait, il répondait qu'il ne pouvait s'empêcher de voler. « C'est le mensonge incarné, nous disent ses grands-parents; il paraît nous aimer, mais il est si hypocrite et si faux, que nous ne savons s'il nous aime réellement ». Les observations que l'on trouvera plus loin donneront une idée plus précise des mensonges ordinaires de l'enfant.

Etat de l'enfant à son entrée à l'Institut médico-pédagogique.

Etat physique. — (Nous ne relèverons que ce que l'on peut considérer comme des stigmates physiques de dégénérescence). — *Front* fuyant et étroit ; *nez* long, pointu ; *lèvre supérieure* en saillie, *lèvre inférieure* en retrait, le bas de la figure va en s'amincissant ; le profil de la figure rappelle celui de la fouine ; les *oreilles* sont longues (65 mm.) et larges dans leur partie supérieure (4 cm.), fortement décollées. — *Crâne :* légère dépression de la moitié droite de l'occipital ; la moitié gauche du frontal est moins saillante que la moitié droite ; cette asymétrique se remarque aussi sur la face, dont la partie gauche est moins développée. La voûte palatine est étroite, un peu ogivale. — Les membres sont longs et grêles ; rien autre à signaler.

Etat physiologique. — (Nous ne relèverons également ici que ce qui présente un caractère pathologique). — Troubles digestifs consistant en vomissements sans douleur, mais l'enfant a été surpris plusieurs fois en train de les provoquer ; alternativement, constipation opiniâtre et diarrhée. — Troubles cardiaques : bruit de souffle assez prononcé au premier temps, à la base ; l'enfant se plaint du reste de palpitations et a quelquefois des crises d'étouffement. Mais il nous a été donné de constater que sur ce point aussi l'enfant a fait de l'exagération. — Marche sautillante, sur la pointe du pied. — Blésité très prononcée ; le son *ch* paraît impossible. De plus bégaiement intermittent au début des mots, quelle qu'en soit la syllabe initiale.

Etat psychologique. — L'intelligence présente une arriération légère, mais réelle. L'enfant du reste, par suite de son écolage irrégulier, et de ses nombreux changements de pensions, ne possède que quelques connaissances élémentaires assez précises. Nous avons pu constater que son attention et sa réflexion tout en étant possibles sont capricieuses et de peu de durée. Il n'y a aucune persévérance dans le travail intellectuel. Très instable, il veut changer à chaque instant d'occupation. Il s'adonnera quelque temps à la géographie, pour ne plus s'y intéresser de plusieurs mois. La mémoire est laborieuse, mais elle paraît assez fidèle. C'est précisément grâce à elle que, dans ses conversations, il donne souvent l'illusion du jugement et du raisonnement, mais on s'aperçoit vite que tout n'est que surface et que l'enfant est incapable de coordonner les idées acquises et d'en tirer des déductions. Son imagination, du fait même de sa mémoire, paraît féconde, mais en réalité elle ne fait que reproduire en les exagérant maladroitement des récits lus dans des aventures de voyages, qu'il aime par-dessus tout. Cette exagération préside à toutes ses conceptions, et, chose digne de remarque, elle est consciente, elle est voulue.

Etat instinctif et moral. — L'instinct de conservation est plutôt

exagéré chez lui. A... a peur de se faire du mal, au moindre malaise il se croit perdu. — Il aime la société, ne recherche la solitude que lorsqu'il vient d'être pris en flagrant délit de mensonge, et que son amour-propre est blessé. — L'instinct génésique s'est manifesté : nous avons eu l'occasion de constater l'onanisme solitaire, mais du fait de la surveillance dont il était l'objet, nous n'avons pu que fortement soupçonner ses tendances à l'onanisme à deux. — L'instinct de véracité est profondément atteint chez lui. C'est le mensonge incarné, nous ont dit ses grands parents, et de fait, on dirait qu'il lui est impossible de manifester la vérité. Avec ses camarades, il ment pour se donner de l'importance; il a tout vu, tout fait, il renchérit sur tout; avec ses maîtres il ment encore pour se disculper d'une faute et pour se faire bien venir d'eux. Sa conduite générale est un mensonge perpétuel. Il fait celui qui est le plus docile, pour mieux capter la confiance, il est toujours de votre avis, et s'il est réprimandé, ses larmes et ses paroles humbles font croire à la sincérité du repentir. C'est le type du dissimulateur et de l'hypocrite. Il pousse ses camarades à commettre une faute, et il est le premier à venir en prévenir. — Il est pour certaines choses d'une sensiblerie outrée, pleurera en apprenant que son frère a été puni, et restera indifférent devant la peine de ses grands parents. — Il est très jaloux, et c'est sous le coup de la jalousie, que nous l'avons vu se mettre le plus en colère. Dans ces moments, il est même dangereux, il frappe tout le monde en cherchant à donner de mauvais coups; il est grossier et méprisant; quand il est en colère le zézaiement persiste, mais le bégaiement ne se manifeste plus. — Il a la notion du bien et du mal, en ce sens qu'il cherche à simuler le bien pour s'attirer les bonnes grâces, et cache le mal sachant qu'il perdra la confiance de ceux qui vivent auprès de lui. Il a des idées religieuses, qu'il sait exagérer en temps opportun, mais elles ne sont chez lui qu'habitudes prises, et même imposées.

1896. *Mars.* — Durant les premiers jours, rien à dire sur sa conduite générale. Il est poli avec tout le monde, docile aux observations, assidu à son travail scolaire. Il fait régulièrement la gymnastique, s'occupe à de petits travaux de jardinage et parait faire tous ses efforts pour éviter les reproches. Il est heureux quand on le félicite sur sa bonne volonté. Comme traitement, il prend d'abord une douche, puis deux douches par jour[1], fait la gymnastique spéciale, travaille en classe et au jardin; traitement moral.

[1] La gymnastique et l'hydrothérapie ont pour but, dans les cas de ce genre, de modifier non seulement les accidents actuels, mais encore, après la disparition de ceux-ci, la diathèse nerveuse, et de mettre le malade dans de meilleures conditions pour bénéficier du traitement moral.

Avril. — Le naturel annoncé se manifeste par trois mensonges à quelques jours d'intervalle. — 1° Il annonce à ses maîtres et à ses camarades que son frère tient à sa disposition une loge à l'Opéra pour une fête organisée, nous dit-il, par les anciens élèves de l'Ecole Centrale. Il écrit même à son frère à cette intention, nous donne sa lettre qui part au domicile des parents. Quelques jours après, visite de ses grands parents, qui ne comprennent rien à la lettre et nous affirment qu'il n'y a rien de vrai dans la promesse qu'il a faite. A... est l'objet des railleries de ses camarades, et des reproches de ses maîtres, il pleure, boude quelques jours et oublie tout. Questionné sur les motifs qui l'ont fait agir, il ne répond pas. — 2° Après avoir reçu la visite d'un de ses oncles, il nous annonce qu'il a un cousin atteint d'une maladie de nerfs et que ses parents désirent le placer dans le même établissement que lui. Nous souvenant du premier mensonge, nous nous tenons sur nos gardes; comme il demande même quel jour nous pourrons recevoir son cousin, nous lui répondons qu'il connaît parfaitement les jours de visites. Or, nous avons appris quelques jours après, que son cousin était un enfant normal, fréquentant un lycée de Paris, et que son oncle n'avait jamais eu l'intention de le placer en traitement. — 3° Il revient un jour de congé en racontant à tout le monde qu'il a chez lui un violoncelle, dont il sait jouer, qu'on va le lui envoyer et qu'il est chargé par ses parents de s'entendre avec le professeur de musique pour prendre des leçons particulières. Cette idée lui était venue sans doute parce qu'à plusieurs reprises nous avions organisé avec deux de ses camarades de petits concerts de violon et de piano, et voyant le succès que ses camarades avaient remporté, il voulut faire croire, au moins un moment, qu'il était capable lui aussi de faire de la musique. Or, il n'a jamais aimé la musique, et n'a jamais eu de violoncelle.

Plusieurs petites scènes de *surexcitation* chez de jeunes malades avec lesquels il était lié, et qui jusque-là s'étaient montrés tranquilles, nous firent supposer que son influence n'était pas étrangère à ce changement.

Mai. — Pas de mensonges caractérisés. Il se plaint le 26, de douleurs dans le creux de l'estomac et le 27 d'étouffements. Comme ses grands parents nous ont prévenu que plusieurs fois il a fait de la simulation, et qu'il était même resté une semaine sans manger, disait-il, alors qu'il avait été surpris se gavant à la dérobée, il est l'objet d'une visite médicale plus minutieuse que jamais, d'une surveillance rigoureuse, et nous constatons qu'A... ne ment pas cette fois. Il est en effet des choses qu'on ne peut simuler, quelqu'artiste qu'on soit : selles infectes, pâleur de la face, vomissements caractéristiques, troubles cardiaques, etc. Il est soumis à un régime spécial qui fait tout disparaître.

Juin. — *Discussions* nombreuses avec ses camarades, qui viennent à chaque instant se plaindre de lui; il essaie de les exciter les uns contre les autres, en racontant à chacun d'eux, des médisances inventées de toute pièce, fait disparaître des livres et va raconter à leur propriétaire que c'est un tel qui les lui a volés, etc. Si on fait à un enfant des reproches sur telle ou telle incartade, qu'il a lui-même provoquée, il renchérit sur les reproches du maître et fait le moralisateur. Nous apprenons vite la vérité au moyen de confrontations. — Un jour qu'il travaillait seul au jardin potager, il nous ramène un malade plus jeune que lui et qui, ne parlant pas, ne pouvait nous renseigner, nous annonçant qu'il venait de lui sauver la vie, qu'il l'avait retiré du bassin où il se noyait, etc. Or il était impossible matériellement que cet accident ait pu arriver, l'enfant en question venant de quitter son infirmière; d'autre part, nous remarquons que seules les chaussures du petit malade sont mouillées. Pressé de questions, A... finit par avouer que c'est lui-même qui a essayé de le mettre dans le bassin, pour faire croire à un sauvetage. Pourquoi? Toujours même mutisme. Ce mensonge l'a tellement ridiculisé auprès de ses camarades, qu'il est resté plusieurs jours sans causer à qui que ce soit.

Juillet. — Bon mois au point de vue de la véracité et de l'assiduité au travail. Du 14 au 21, période de mélancolie et de taciturnité provoquée sans doute par un trouble des fonctions digestives. Un purgatif remet tout en état.

Août. — Par suite d'un silence prolongé de ses parents, qui ne sont pas venus le voir depuis plusieurs semaines, A... est triste et ennuyé et présente quelques accidents cardiaques (palpitations). Il écrit à son grand-père pour lui dire que, « puisqu'il met tant d'obstination à lui donner de ses nouvelles (*sic*), il va en mettre aussi et au lieu de prendre ses douches qui lui font énormément du bien, il ne les prendra plus ». « Ce n'est pas la peine qu'on me soigne, écrit-il, si d'un autre côté on me fait des sottises. Je commence à en avoir assez de cette vie-là et veux savoir le fin mot ». On le remonte par des paroles d'encouragement et il semble se rasséréner. Il paraît à nouveau gai et bien disposé, et reprend ses occupations ordinaires. Le 19, profitant d'un moment où maître et infirmiers sont occupés auprès d'un de ses camarades subitement indisposé, il disparaît dans le petit bois contigu au pavillon des classes et saute par-dessus le mur, non sans avoir deposé en vue sur un banc du jardin une lettre à l'adresse d'un de ses maîtres, où il annonce l'intention bien arrêtée qu'il a de « donner fin à ses jours. En sortant de l'Institut, y a-t-il écrit, je vais me diriger du côté du garage (barrage) pour me jeter dans la Seine. Je vous donne tous ces détails pour que ma famille fasse rechercher mon corps ».

Son absence est remarquée aussitôt et la lettre trouvée de suite. Nous envoyons au barrage un infirmier, tandis qu'un autre va au domicile des parents avec la lettre en question. La famille nous répond : « Il n'y a pas de danger qu'il se noie! Il est bien trop poltron ». Comme A.... avait pris, ainsi que nous l'apprîmes plus tard, un chemin opposé à celui qu'il avait indiqué, toutes les recherches furent vaines. Le lendemain soir, il rentre seul à l'Institut à 6 h. 1/2. Il avoue qu'il a été d'abord à la gare d'Orléans où il a couché dans les salles d'attente. De là il est parti à Passy où il a emprunté sous un prétexte quelconque 25 francs à un fournisseur de sa tante, a été retrouver des amis avec lesquels il a déjeuné dans un restaurant de la rue de Rivoli, puis a remonté la Seine jusqu'à Choisy-le-Roi, et est revenu à Vitry. Une enquête faite par ses parents démontre qu'il avait dit la vérité au sujet des 25 francs et de sa promenade à Choisy. Après son escapade il paraît honteux. De quelques jours il ne prend part à aucun jeu et reste silencieux aussi bien en classe qu'en récréation.

Mensurations permettant de se rendre compte du développement physique du malade.

	1896	1897
TÊTE		
Circonférence horizontale maxima	53	53,7
Demi-circonférence bi-auriculaire	32	32
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	37,1	37,6
Diamètre antéro-postérieur maximum	18,3	18,6
— bi-auriculaire	12,5	12,6
— bi-pariétal	14,1	14,4
— bi-temporal	11,9	11,9
Hauteur médiane du front	5	5 2
TRONC		
Circonférence au niveau des aisselles	79	82,5
— — des mamelons	77	78,5
— — de l'ombilic	67	71
Poids	49,1	53,1
Taille	1,658	1,679

A partir de cette escapade jusqu'à la fin de 1896, sa conduite ne donne lieu à aucun reproche. Il n'y a guère à relever que des peccadilles familières auxenfants : petits mensonges pour se discul-

per, maraudes de fruits au jardin, discussions sans importance avec ses camarades, mais plus de ces mensonges prémédités et vraisemblables. En classe il fait des progrès, s'habitue à un travail régulier, et en gymnastique acquiert une adresse et une force de résistance auxquelles il ne nous avait pas habitués.

1897. *Janvier.* — Les grands-parents constatent une amélioration sérieuse. Pour le récompenser, ils le font, sur notre avis, sortir quelques jours, et il rentre seul avec une lettre de son grand-père manifestant l'agréable impression qu'A... a faite sur toute la famille. Un nuage cependant le 25 : l'enfant comptait aller à un mariage ; un contre-ordre provoque chez lui un accès d'hypochondrie de plusieurs jours. Il boude même sa grand'mère à sa première visite. En même temps s'était produit un embarras gastrique qui dura cinq jours.

Février. — Malgré nos observations, la famille espace de plus en plus ses visites et le laisse trop longtemps sans nouvelles. A... s'énerve, il dit même que ce n'est pas la peine de se bien conduire pour qu'on ne lui en tienne pas plus compte que ça. Il est mal avec ses camarades, nous sommes obligés d'intervenir à chaque instant pour éviter un échange de coups. Cet état d'irritabilité extrême persiste jusqu'en *Mars.* Une visite de la famille et un congé de trois jours paraissent remonter l'enfant.

En *Avril* et en *Mai* l'amélioration continue. Plus de mensonges. A... paraît accessible au raisonnement ; il aime maintenant causer avec ses maîtres, se préoccupe de son avenir, parle de s'engager, et comme on lui fait remarquer que sa santé n'est pas assez affermie et son caractère assez malléable pour se plier à la discipline militaire, il se rend à nos raisons et n'en parle plus. Il sort de temps en temps pour aller chez ses parents, il part et revient seul. Tout paraît bien aller.

Juin, juillet. — Bonnes périodes, mais il paraît se produire à son sujet des tiraillements dans le conseil de famille. Les uns voudraient le faire engager, d'autres n'y tiennent pas. Malheureusement A... est au courant de ces divergences, et il paraît dérouté, parlant un jour d'aller à la caserne, et manifestant le lendemain de la répulsion pour l'état militaire. — Un voyage en famille au bord de la mer pendant les mois d'*août* et *septembre* fait oublier tout et remettre à plus tard la décision.

En *octobre*, A... revient à l'Institut, mais un changement s'est produit dans le conseil de famille. C'est un oncle qui connaît peu A... qui est nommé tuteur, et l'enfant va essayer d'agir auprès de lui pour satisfaire ses caprices. La dissimulation reparaît et avec elle les mensonges. Il annonce à son oncle que l'Institut s'est chargé de lui procurer une place, alors qu'il n'en a été nullement question. Il quitte définitivement l'Institut au 31 décembre 1897, prématurément.

RÉFLEXIONS. — I. A... est un malade, et les troubles que nous avons relevés dans son état psychologique et moral sont la conséquence de son état morbide. Bien qu'au moment de la conception, le père de l'enfant n'ait pas encore présenté de troubles mentaux, l'hérédité paternelle est fortement chargée, puisque nous relevons parmi les ascendants trois suicidés. De ce fait A... avait besoin d'un traitement médico-pédagogique spécial, mais avant tout d'une intervention médicale.

II. A... est le type du menteur, dénaturant la vérité non dans un but intéressé, mais pour le simple plaisir de tromper son entourage.

III. Si l'amélioration n'a été que passagère, cela tient à ce que la famille ne nous a pas suffisamment aidés dans notre œuvre de relèvement, mais cela tient surtout à ce que l'enfant ne nous a été confié qu'à un *âge trop avancé* pour arriver à un sérieux résultat. Ce n'est pas à dix-sept ans qu'on peut espérer un redressement complet. D'où la nécessité de commencer de bonne heure le traitement médico-pédagogique des idiots intellectuels et moraux, et d'initier tous les éducateurs à la psychopathologie pour les mettre à même de relever, dès leurs premières manifestations, les symptômes qui font pressentir l'anormalité de l'enfant, et pour qu'ils puissent conseiller aux parents, alors qu'il en est temps encore, le traitement médico-pédagogique.

OBSERVATION II. — IDIOTIE MORALE. ARIÉRATION INTELLECTUELLE.

SOMMAIRE. — *Père, rhumatissant, déséquilibré. — Grand'père paternel, rhumatissant, alcoolique, épileptique, mort interné en démence.— Mère, rhumatissante, affection cardiaque, goître exophtalmique probable ; caractère irascible, menteuse. — Deux tantes maternelles atteintes de goître exophtalmique* (?). — *Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de* 6 *ans* (père plus âgé).

Conception, grossesse, accouchement, naissance, rien de notable. — Retard de la dentition, de la marche et de la parole. — Gâtisme jusqu'à 6 *ans. — Sévices fréquents. — Caractère sournois. — Menteuse « depuis qu'elle a commencé à parler. » — Kleptomanie. — Paresse. — Fugues. — Accusation de viol contre son père. — Description de la malade à l'entrée. — Détails sur les attouchements paternels* (?). — *Versatilité du caractère. — Evolution de la*

puberté. — Réglée à ans. — Amélioration progressive. — Placement comme domestique.

Tar. (A.), née le 7 octobre 1882, est entré à la Fondation Vallée, le 17 août 1896.

Père, cinquante-six ans, cordonnier. Pas de convulsions de l'enfance. Fièvre scarlatine à quatre ans ; fièvre muqueuse à douze ans ; bronchite capillaire à quarante-cinq ans ; très rhumatisant, douleurs continuelle dans les bras, dans les jambes, aux articulations, gonflements fréquents et douloureux l'empêchant de se servir des mains ; herpès à quarante-six ans ; quelque temps après chute brusque des poils de la moustache, qui repoussèrent plus tard ; pas de maladie nerveuse, ne boit pas, ne fume pas ; migraines, il y a une dizaine d'années, disparues depuis ; à la suite de contrariétés ces migraines duraient cinq à six jours et étaient accompagnées de vertiges et de « mouches volantes ». Depuis quelques années, sa vue a baissé. Veuf à cinquante-trois ans ; ne s'est pas remarié ; a vécu par périodes avec une ancienne malade de la Salpêtrière, « alcoolique et noceuse ». Vit actuellement avec une autre femme. — *Grand-père paternel,* mort en 1869 ; rhumatisant ; avait des picotements et des *tremblements* continuels ; *buvait beaucoup,* surtout de l'absinthe et de l'alcool ; avait de continuelles pertes de mémoire, des « accès » durant lesquels il semblait perdre l'intelligence et qui duraient quelques heures. *Epilepsie acquise.* Il est entré à l'Asile clinique, d'où il a été dirigé sur Bicêtre : y est resté cinq mois, puis a été transféré à Pont-l'Abbé-Picauville où il est mort en démence [1]. — *Arrière-grand-père paternel,* mort en Savoie, à soixante-dix ans. — *Arrière grand'mère paternelle,* aucun renseignement.

Mère morte à l'âge de quarante-sept ans ; rhumatisme chronique ; avait les doigts volumineux ; bossue, une épaule plus haute que l'autre ; avait des *vertiges* : pendant quelque temps elle perdait la respiration et s'évanouissait. Affection cardiaque. Goitre exophtalmique probable ; caractère irascible, emportée « menteuse à l'excès ». — *Grands parents maternels,* pas de renseignements. — *Grand-oncle maternel* bien portant ; *deux tantes maternelles* ayant présenté, semble-t-il, un goitre exophtalmique (?) ; *un oncle et une tante maternels* morts en bas âge, on ne sait de quoi. Ni aliénés, ni épileptiques, ni difformes, ni suicidés, ni prostituées dans le reste de la famille maternelle.

Pas de consanguinité (père savoyard, mère luxembourgeoise). — Inégalité d'âge de six ans (père plus âgé).

Deux enfants : 1° Notre malade. — 2° Garçon, mort à vingt mois :

[1] M. le Dr Viel nous a écrit que Tar... (Louis) était arrivé avec le certificat « Epilepsie » et qu'il a succombé à une *congestion cérébrale.*

athrepsie, rachitisme (ne pouvait se tenir sur son séant), bronchite finale.

NOTRE MALADE. — *Conception* : préoccupations d'argent et fréquentes querelles entre les époux. — *Grossesse* : bonne, pas la moindre indisposition, ni syncopes, ni malaises d'aucune sorte. — *Accouchement* : à terme, facilement ; présentation du sommet ; quantité d'eau normale.

A la naissance rien de particulier : pas d'asphyxie, l'enfant a crié aussitôt ; était mince et petite. Elevée au biberon (lait de vache), sevrée à dix-huit mois ; brûlures de la face à quatorze mois, qui ont laissé des cicatrices; plus tard, à l'école, ses camarades se moquaient d'elle, ce qui l'irritait. — 1re dentition en retard. — Parole à vingt mois ; marche à vingt-un mois. Gâtisme jusqu'à six ans ; aurait été propre du jour où son père, pour la corriger, lui aurait mis le nez dans ses excréments.

A quatre ans, elle a successivement la variole, la rougeole et la scarlatine, mais sans aucune complication. Le père aurait cependant remarqué que l'enfant marchait ensuite « courbée en dehors, et le pied légèrement dévié ». Cet affaissement et cette déviation se manifestent encore par périodes. Chutes nombreuses. Gourmes fréquentes : les plaies de sa tête étaient longues à guérir ; engelures depuis son plus jeune âge ; l'enfant a été souvent battue, mais les sévices n'ont jamais eu de conséquences visibles ; ne pleurait même pas ; du reste n'a jamais pleuré avant l'âge de treize ans ; à cet âge-là, accès de cris, pour attirer l'attention sur elle. — A mangé de façon dégoûtante jusqu'à l'âge de douze ans, elle mâchait sans avaler, rumination (?). — Dès sa première enfance, aucun jouet ne l'intéressait, elle passait des journées à enrouler autour de ses doigts des bouts de fil, des morceaux d'étoffe qu'elle déchiquetait, des morceaux de papier qu'elle « coupassait ». — A toujours eu un caractère doux, mais fourbe et sournois, menteuse, du reste a menti du jour où elle a parlé. — A été en classe de quatre à treize ans : ses maîtresses la trouvaient intelligente, mais paresseuse et incapable de bonne volonté. A la mort de sa mère (1893) ses défauts et ses vices, mensonges, vols, se sont accentués d'une manière prodigieuse, surtout depuis qu'elle a fréquenté les ateliers. Elle commettait de petits larcins, et pour se disculper disait que c'était parce qu'elle manquait du nécessaire chez elle. Un jour, elle vole à sa tante un porte-monnaie contenant 20 francs, en dépense 2, et raconte à son père que son cousin, sa cousine, sa tante lui ont donné, l'un 10 francs, l'autre 5 francs, l'autre 3 francs. Une autre fois, on l'envoie à la poste avec six lettres non affranchies et 2 francs ; elle garde l'argent et fait partir les lettres ; comme les destinataires se plaignent dans la suite, elle affirme qu'elle les a affranchies, puis avoue qu'une de

ses amies, en la bousculant, lui a fait perdre l'argent. Peu à peu elle ne veut plus travailler ; elle se fait renvoyer de partout à cause de sa paresse et de ses mauvais propos ; fait des contes insensés pour expliquer ses erreurs de comptes d'argent ; un jour, craignant d'être corrigée par son père, elle ne rentre pas, disant partout qu'on l'avait mise à la porte ; elle est arrêtée pour vagabondage et dit au commissaire qu'on la battait chez elle. Elle ment sans cesse, dit à son père qu'elle va travailler et n'y va pas. Chez elle, elle brise tout, pour se venger, nous dit le père, des reproches et des corrections qu'elle encourait. Elle perd l'argent qu'on lui confie, parle mal de son père à tout le monde et finit par le dénoncer au commissaire de police comme ayant avec elle, depuis trois ans, des rapports sexuels. Comme elle se contredit dans ses réponses, le commissaire se méfie, fait appeler le père et le met en demeure de faire visiter sa fille par le docteur D. ; l'examen médical constate que l'enfant est intacte.

A la suite de ces faits, Albertine est placée à l'Asile clinique, d'où elle est envoyée à la Fondation Vallée, le 18 août 1896.

ETAT ACTUEL PRIS A L'ENTRÉE. — Air de santé, expression intelligente. Cheveux châtain clair. Pas de ganglions. Crâne de volume moyen, symétrique, ni bosses, ni fontanelles ; front assez élevé. — Forme du visage ovale. — Cicatrice de brûlure très étendue existant à la partie supérieure du front et s'étendant de chaque côté des joues, jusque sur le menton et le cou. — Arcades sourcilières peu marquées. — Les paupières s'ouvrent et se ferment bien. — Fentes palpébrales allongées dans le sens transversal ; sourcils peu abondants. Cils de coloration plus foncée que les cheveux. — Orbites peu excavés. — Yeux mobiles, ni exophtalmie, ni strabisme, ni paralysie ; iris bleu ; pupilles réagissant bien ; l'acuité visuelle est bien développée, pas de rétrécissement du champ visuel. — Nez, un peu aplati, surtout à la partie inférieure, lobule assez gros, pas de déviation. — L'odorat est bon. — Les pommettes sont peu saillantes, régulières. — La bouche est de forme transversale ; la lèvre inférieure volumineuse et épaisse ; dentition normale. — La voûte du palais est bien constituée. — La langue est large, sans tremblement de la pointe. — Les amygdales sont peu volumineuses. — Le goût est normal. — Le menton est allongé, assez bien fait. — Les oreilles sont décollées, le lobule est peu développé.

Cou : Circonférence : 26 centimètres. — Corps thyroïde appréciable.

Membres supérieurs bien conformés ; sensibilité bien conservée. — *Membres inférieurs* également bien conformés ; réflexes patellaires normaux.

Thorax, pas de déformation. Percussion et auscultation, rien d'anormal. — *Abdomen* régulier ; région anale naturelle.

Puberté : quelques poils au niveau du pubis ; grandes lèvres peu développées ; clitoris, peu visible ; petites lèvres triangulaires ; hymen intact, triangulaire ; fourchette normale.

Traitement : douches et bains ; sirop de fer ; huile de foie de morue ; gymnastique ; travaux scolaires ; travaux manuels ; traitement moral.

Des observations prises au jour le jour, nous relevons les détails suivants : Albertine n'a pas le regard franc, elle baisse toujours la tête quand on lui parle ; très peu expansive ; est loin d'être timide ; paraît (?) avoir un bon caractère, aime à rendre service ; courageuse ; réservée dans ses propos ; s'entend bien avec ses compagnes ; mais peu affective ; ne témoigne pas sa sympathie ; parle de son père qu'elle semble aimer ; elle raisonne assez bien, se rend compte de tout, très avancée pour son âge.

Il a été difficile au début du traitement d'obtenir d'elle une confidence quelconque ; peu à peu, elle se laisse aller et raconte avec des détails, qui font supposer une réelle expérience, que son père avait des rapports avec elle depuis plus de trois ans. « Lorsque ma mère allait livrer son travail, papa se nettoyait devant moi, puis levait sa chemise et il me prenait la main pour me faire tenir sa verge toute raidie et bien dure. Il me mettait sur son lit, en m'appelant sa petite chérie. Il me l'enfonçait jusqu'à ce que cela me fasse mal ; il l'avait énorme, alors il se tenait à une certaine distance et se contentait de me frotter et de me chatouiller avec ». Après, avait lieu le nettoyage, pendant lequel le père faisait des menaces si elle s'avisait jamais de raconter ce qui se passait.

Albertine aurait été poussée à se plaindre au commissaire par des voisines, qui remarquant qu'elle avait les yeux cernés lui auraient demandé si elle ne « s'amusait pas toute seule ». « On dit que je mens, c'était forcé, bien sûr on croira papa, qui voulez-vous qui sache lequel des deux ment, il n'y avait pas de témoins ! » D'après le père, ces femmes qui l'auraient ainsi poussée à faire ces racontars au commissaire, avaient eu des discussions avec lui au sujet d'un pot de fleurs tombé d'une fenêtre qui avait failli l'atteindre. La plainte avait une apparence de fondement sur ce fait qu'un soir d'hiver en rentrant tard, il avait fait coucher la petite avec lui, un quart d'heure, pour la réchauffer. De plus Albertine aurait travaillé dans un atelier où une apprentie avait la réputation de coucher avec son père.

En janvier 1897, le caractère d'Albertine après avoir été jusque-là docile et sociable, se modifie ; elle s'emporte souvent, elle bat ses camarades, en sournoise, guettant toujours pour voir si on l'aperçoit. En dehors de cela, va bien, travaille en classe, au repassage et au ménage. — *Puberté* : aisselles glabres, seins dessinés, diamètre transversal 11, diamètre vertical 7, des deux côtés ;

aréoles accusés ; quelques poils au pénil, grandes lèvres peu développées, petites lèvres triangulaires, n'occupant que la moitié supérieure de la vulve, clitoris peu développé, méat urinaire difficile à apercevoir, fourchette saillante, hymen triangulaire, région anale normale. — Apparition physiologique des règles en février.

1898. *Janvier.* — Se montre très indisciplinée et aussi très grossière. — *Puberté* : les seins se développent, diamètre transversal. 13 des deux côtés, diamètre vertical 9 à droite, 8 à gauche. Règles en avril, juin et juillet.

Juillet. — Amélioration légère. Est peu communicative avec le personnel, mais bavarde sans cesse avec ses camarades, sans se disputer comme autrefois. A soin de plusieurs fillettes, plus jeunes qu'elle. — *Puberté* : quelques poils rares sous les aisselles ; hymen triangulaire à orifice frangé. Les règles se produisent tous les mois à partir de juillet 1898.

1899. *Janvier.* — L'amélioration se coufirme en classe et aux travaux manuels. Fait de la dentelle au lieu de jouer. Paraît devenir plus sérieuse. Toujours peu communicative. — *Puberté* : seins : diamètre transversal 16, vertical 12 des deux côtés.

Juillet. — En classe travaille avec goût ; fait bien la gymnastique. Est susceptible, la moindre observation la fait rougir et la met de mauvaise humeur. — *Puberté* : seins : 18 sur 14 des deux côtés.

1900. *Janvier.* — Moins susceptible, accepte bien les observations. — *Puberté* : seins bien développés, 22 sur 20 des deux côtés.

Juillet. — Passe avec succès l'examen du certificat d'études. Amélioration générale. — *Puberté* : poils abondants sur le pénil ; hymen annulaire admettant l'extrémité de l'index.

1901. *Janvier.* — L'amélioration persiste. A la fin de l'année Albertine, dont nous aurions voulu faire une infirmière [1], est placée comme bonne chez Mme B., où elle est encore actuellement. — *Puberté :* poils abondants sur les grandes lèvres.

Elle a toujours persisté dans ses accusations, elle nous a dit une seule fois que si elle avait été chez le commissaire, c'était parce que « des voisines lui avaient monté la tête », sans vouloir déclarer formellement qu'elle n'avait pas dit la vérité.

[1] A ce sujet, il nous revient à la mémoire le cas d'un garçon que sa mère, sous le coup d'un sentiment maternel au moins exagéré, prenait avec elle dans son lit, serrait contre sa poitrine, les jambes enlacées ; lui permettant même des caresses dangereuses. Cet enfant, qui était également un idiot moral, est devenu un onaniste effréné. Cette intimité dura jusqu'au moment où le jeune malade nous fut confié ; il avait alors seize ans. Il devenait par trop dangereux, mais à qui la faute?

Réflexions. — I. Albertine est sous le coup d'une hérédité assez chargée: *père* à migraines violentes, accompagnées de vertiges; — *grand'père paternel* alcoolique, épileptique, dément, mort interné; — *mère* atteinte de troubles cardiaques et de goître exophtalmique probable.

II. Nous avons à faire à un cas d'idiotie morale caractérisée par la perversion de l'instinct de véracité, et de l'instinct de propriété (mensonges et vols).

III. Il est à croire que s'il n'y a pas eu de mensonge absolu, imaginé de toute pièce, au sujet du viol dont elle a porté plainte, il y a eu, pour ainsi dire, interprétation consciemment fausse de faits peu répréhensibles en eux-mêmes, et exagérations voulues dans le but de porter tort à son père. Le père avoue qu'il eut, une nuit d'hiver, l'imprudence de la coucher un quart d'heure avec lui pour la réchauffer. Peut-être y a-t-il eu d'autres imprudences, peut-être le père n'a pas eu devant sa fille, soit dans sa toilette, soit dans ses rapports avec sa maîtresse, la retenue et la pudeur qu'il aurait dû avoir[1]. Nous pouvons même aller jusqu'à supposer qu'il y a eu attouchements réciproques, ce qui expliquerait les détails donnés sur la grosseur de la verge en érection, mais il n'a pas pu y avoir rapports complets, pendant trois ans, comme Albertine se plaît à le dire, puisque la visite faite par le Dr D..., le Dr Chaslin et nous-même, a constaté l'intégrité de l'hymen.

IV. La genèse de ce mensonge monstrueux peut s'expliquer d'abord par l'imprudence du père, qui, comme cela se passe si souvent dans les ménages ne possédant qu'une seule chambre, ne se gêne pas assez devant sa fille; ensuite parce que l'enfant voit ou apprend dans les ateliers, où elle entend dire, entre autres choses, qu'une apprentie « couche » avec son père; enfin par l'intervention de ces voisines, qui, inspirées par la haine qu'elles ont vouée au père, ont pu, volontairement ou non, suggérer l'idée de l'accusation.

[1] La maîtresse, alors, Alice M..., devenue femme G..., était une hystérique que nous avons observée naguère à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot et dont nous avions soigné la sœur Dina M... dans le servicc de M. Delasiauve, Leur mère, *alcoolique,* est morte de tuberculose. Alice était devenue elle-même alcoolique et vivait de la prostitution.

V. Ne devons-nous pas faire constater une fois de plus, le danger qu'il y a d'accepter trop à la lettre un témoignage d'enfant ? Car enfin que serait-il arrivé si Albertine, dans une de ses fugues, ou simplement dans ses fréquentations d'atelier avait eu, comme cela arrive trop souvent, des rapports complets avec un autre homme ? On aurait certainement cru sur parole la malheureuse.

VI. Quoiqu'il en soit, sous l'influence du traitement médico-pédagogique, T... s'est notablement améliorée. Elle avait manifesté le désir de devenir infirmière [1]. Nos tentatives, dans ce but, ayant échoué, nous avons pu, par l'intermédiaire de la surveillante, la placer comme domestique dans une famille de la commune où elle s'est parfaitement conduite jusqu'ici.

[1] Nous avons eu l'occasion de faire suivre les cours de l'écoled'infirmerie de Bicêtre, à des jeunes filles améliorées, afin de les mettre en situation de gagner leur vie à leur sortie de la Fondation. On a voulu tenter le même essai avec le nouveau directeur de l'Assistance publique, M. Napias, qui, sans doute, mal renseigné, a refusé. Il était pourtant tout naturel que le chef de l'administration contribuât à l'œuvre du patronage sollicité par le médecin.

III.

Considérations anatomo-cliniques sur les rapports de l'impotence musculaire et de certains troubles osseux dans l'hémiplégie infantile ;

PAR BOURNEVILLE ET PAUL-BONCOUR.

INTRODUCTION.

Nous avons l'habitude depuis 1887 de recueillir, pour notre *Musée pathologique* les squelettes des *enfants hémiplégiques* morts dans notre service de Bicêtre, lors du relèvement des corps au cimetière, c'est-à-dire cinq ans après l'inhumation. Notre collection comprend aujourd'hui 43 *squelettes d'hémiplégiques.*

Jusqu'ici nous n'en n'avons utilisé qu'un seul (1). Le moment est venu d'en tirer un plus grand parti, d'étudier un certain nombre de ces squelettes et de mettre en regard des constatations anatomiques les documents cliniques rassemblés durant la vie des malades qui les ont fournis (observations, photographies, mensurations, etc.). Les causes de l'atrophie

---

(1) *Compte-rendu du service des enfants* de Bicêtre pour 1896, p. 82, avec figure du squelette.

osseuse notamment, paraissaient devoir retirer des éclaircissements d'une étude détaillée et scrupuleuse des formes osseuses. Il y a longtemps qu'on discute sur la pathogénie des troubles trophiques osseux. Y a-t-il un trouble trophique direct ? L'impotence fonctionnelle est-elle seule en cause ? On apporte des faits pour ou contre. Les auteurs, dans les différents traités, se contentent, avec un éclectisme traditionnel, d'enregistrer les divergences sans prendre un parti bien net.

Ayant en main les os et les documents cliniques, nous allons essayer dans les pages qui vont suivre de résoudre le problème ainsi posé :

Étant donné d'une part le degré d'atrophie d'un os correspondant à un membre hémiplégié ; étant donné d'autre part le degré d'impotence des muscles qui l'entouraient, chercher dans quelles proportions le muscle est l'agent du trouble trophique. Autrement dit quel rapport existe-t-il entre les variations osseuses et les variations musculaires ?

Si le degré d'impotence nous était suffisamment connu par les renseignements cliniques recueillis journellement sur les malades, il fallait y joindre la connaissance non moins exacte de l'état osseux, mais pour cela, on ne doit pas se contenter d'évaluations à vue d'œil, de constatations vagues, telles qu'on les rencontre généralement. Il ne suffit pas de signaler l'atrophie ou la gracilité de l'os, de donner sa circonférence ou de noter superficiellement la différence de longueurs entre les deux os symétriques. Nous verrons ultérieurement que la mensuration de la longueur

fémorale, par exemple, n'est pas aussi simple qu'on le croit et qu'il y a de nombreuses causes d'erreur résultant d'une technique défectueuse.

Pour substituer aux *à peu près* des documents vraiment précis, nous avons demandé à l'un de nos anciens internes, plus particulièrement compétent dans ces sortes d'études, M. PAUL-BONCOUR, d'entreprendre un travail préliminaire tout à fait spécial destiné à nous donner une étude anatomique complète des os. C'est ce qu'il a fait en mettant en pratique les procédés utilisés en anthropologie, en traduisant en chiffres les variations morphologiques osseuses, en comparant les formes anormales aux formes saines ou à d'autres formes de la série animale. Naturellement, il a été tenu compte de l'âge du sujet et de l'état de croissance des os : c'est là une condition capitale, la caractéristique de l'*hémiplégie infantile* étant de frapper un être en voie d'évolution.

Cette étude, faite au laboratoire d'anthropologie sous la direction de M. le professeur Manouvrier, a été communiquée à la *Société d'Anthropologie* (1), où elle a été l'objet d'une discussion. Nous en extrairons les notions qui nous sont utiles, pour affirmer nos conclusions. Nous les développerons ou les résumerons suivant les besoins de nos raisonnements.

Voici en tout cas l'énumération des particularités qui ont été étudiées anatomiquement par Paul-Boncour et qui distinguent les deux catégories à propos

(1) *Le fémur.* (*Bulletin de la Société d'Anthropologie* de Paris, fascicule V, 1900); — *Humérus*; *radius, cubitus.* (*Idem,* juin 1901.)

desquelles nous nous proposons d'établir les rapports entre les variations osseuses et les variations musculaires : 1° La diaphyse de l'os malade est plus arrondie que celle de l'os sain par suite de l'absence ou de la diminution du pilastre (variations de l'indice pilastrique); — 2° La courbure antéro-postérieure est moins accentuée sur les os atrophiés; — 3° La face externe d'un os sain est plus large, plus aplatie, et légèrement excavée; — 4° Le degré et la forme du platymérie sont différents; — 5° L'obliquité du plan poplité augmente sur un fémur sain; — 6° Le col du fémur et l'axe diaphysaire ont des inclinaisons variables.

Il y a d'autres particularités (comme le développement inégal des crêtes d'insertion tendineuse) que nous jugeons inutile de mentionner en raison de la facilité de leur explication. De même d'autres points intéressants de la morphogenèse de nos os, par exemple les variations de la fossette hypotrochantérienne, ou le troisième trochanter, seront laissés de côté car, s'ils ont de l'importance pour fixer certains faits d'ordre général, ils n'apporteraient que peu de lumière à nos démonstrations et allongeraient inutilement ce mémoire. Ces remarques générales exprimées, nous cédons la parole à M. PAUL-BONCOUR.

CHAPITRE I.

L'impotence musuclaire et son retentissement sur la forme du fémur.

A la partie moyenne de sa diaphyse *l'os malade est plus*

arrondi que l'os sain, mais son aspect est sujet à de nombreuses variations *et l'on rencontre tous les intermédiaires entre la forme complètement arrondie* (indice pilastrique = 100) *et la forme aplatie transversalement* qui est celle d'un fémur normal. *(Tableau* A.)

La détermination de l'indice de section, l'analyse raisonnée et comparative des os indiquent que ces variations dépendent uniquement de l'absence (indice pilastrique = 100) ou du moindre développement du pilastre. Nous n'insistons pas sur ces faits étudiés ailleurs et auxquels nous renvoyons, afin de considérer le rôle de l'hémiplégie dans la production de ces formes morbides.

S'il est admis que la saillie pilastrique est le résultat de l'activité musculaire et que son degré de développement est proportionnel à cette activité, nous devons rechercher si, sur nos os, sa disparition ou son amoindrissement reconnaissent un mécanisme en sens inverse.

En se basant sur l'observation d'un grand nombre de faits, M. MANOUVRIER (1) a démontré que la formation du pilastre était liée à l'action du muscle crural. C'est pour les besoins de ses fibres qui s'insèrent directement sur la surface osseuse, condition essentielle pour pouvoir la modifier, que le fémur humain prend la forme prismatique. Le muscle agissant sur la face externe de l'os la transforme en l'aplatissant et en l'agrandissant, autrement dit en donnant à l'os une forme prismatique et triangulaire. En raison de l'unilatéralité de la cause qui produit la saillie pilastrique, la ligne âpre qui couronne cette saillie n'est pas rectiligne, mais inclinée en dedans. Le pilastre présente en outre une convexité postérieure destinée à favoriser l'extension musculaire. Ces faits, très-accentués sur des os trapus et vigoureux, le sont moins sur les fémurs à faible développement. *Ceci étant donné on peut affirmer que sur nos os les variations pilastriques sont également d'origine musculaire.*

---

(1) *Variations morphologiques du corps du fémur dans l'espèce humaine. (Société d'anthropologie,* octobre 1892).

TABLEAU A.

Dimensions des fémurs à la partie moyenne de la diaphyse.

	A	A'	B	B'	C	C'	D	D'	E	E'	F	F'	G	G'	H	H'	I	I'	J	J'	K	K'
Diam. transversal	25	25	27	26	23	24	23	26	23	25	26	27	20	19	23	24	22	21	17	18	10	10
Diamètre antéro-postérieur.	27	24	29	26	29	27	30	28	28	26	29	27	23	20	24	23	25	24	15	14	10	9.5

Nous appuyant sur le raisonnement précédent, faisons remarquer que les sujets porteurs des os que nous étudions avaient des muscles paralysés sans aucun doute, mais développant cependant une certaine force puisqu'ils marchaient. Cette force moindre doit se manifester par une saillie moindre : c'est un fait absolument physiologique ; mais il y a d'autres arguments à faire valoir.

En mettant en regard de chaque os l'histoire clinique du malade auquel il appartenait, *on s'aperçoit que le degré d'atrophie est bien proportionnel au degré d'impotence.*

Les PLANCHES I et II représentent les os d'un malade du service et cet individu lui-même. L'histoire clinique nous apprend qu'il n'avait qu'un affaiblissement paralytique et que la marche était

facile. La photographie le montre d'ailleurs assez clairement. Aussi voit-on sur la PLANCHE II que la différence entre les pilastres est peu sensible. Sur les PLANCHES III et IV les différences sont au contraire marquées. L'attitude indique la gêne de la marche et le peu d'activité des muscles. Les pilastres traduisent ces modifications : l'os malade n'en possède pas : les deux lèvres de la ligne âpre qui normalement surmontent la saillie pilastrique ne sont même pas réunies (1). Nous pourrions multiplier ces exemples.

L'inspection des os atrophiés montre que les signes énumérés plus haut et constatés sur des fémurs normaux (déviation du pilastre, sa convexité postérieure etc.) sont moins marqués ou nuls suivant les cas. Sur la PLANCHE IV le fémur malade (situé à gauche) a une ligne âpre rectiligne, ce qui n'existe pas sur l'os opposé. Sur la PLANCHE II l'aspect est identique. Les PLANCHES V et VI offrent à la vue des faces externes réduites sur le fémur malade, très larges sur le fémur sain. Les os pathologiques des PLANCHES II et V sont en outre intéressants parce qu'on voit à leur partie supérieure un espace resté inoccupé (cerclé de noir sur V complètement teinté sur II). Cette disposition signifie que les muscles *n'ont pas utilisé toute la surface disponible ce qui n'existe pas*, ou alors très peu, *sur un os sain* où le système musculaire est au contraire obligé, vu son développement, de modifier les surfaces d'insertion. Nous signalons donc pour la première fois, car nous y reviendrons encore, cette opposition entre l'atrophie osseuse accompagnée d'un moindre développement musculaire et l'activité du membre sain pourvu de muscles à grande extension. Sur les PLANCHES V et VI la convexité postérieure du pilastre (côté sain) est visible.

Réponse à une objection. — Si malgré tout, considérant la saillie pilastrique comme un simple renforcement osseux indice d'une bonne nutrition on avançait qu'il est bien naturel de la rencontrer sur un os sain, bien nourri et actif

(1) Nous reviendrons sur ce fait à la page 49.

et de la voir absente sur l'os malade atteint de troubles trophiques ou encore que les muscles n'ont rien à voir dans la production de ces formes ; nous ferions remarquer :

1° Que la *forme saine ne diffère pas seulement de la forme malade par un simple support osseux surajouté mais qu'il y a transformation complète de la forme osseuse*. Nous en expliquerons ultérieurement le mécanisme, mais le tableau précédent A est démonstratif, car il indique qne pour acquérir un pilastre, l'os sain a dû modifier complètement la forme primitive donnée par l'os pathologique. *Il s'aplatit et gagne en longueur ce qu'il perd en épaisseur*, autrement dit le diamètre transversal est relativement et même parfois effectivement supérieur au diamètre antéro-postérieur sur un os malade. Si l'on invoquait uniquement un trouble trophique, cette supériorité du diamètre transversal deviendrait inexplicable.

2° Nous ferons remarquer à ceux qui regarderaient le pilastre comme le résultat d'une bonne nutrition osseuse, qu'il leur devient impossible d'expliquer la différence de courbure relevée sur les deux séries d'os, car ce *sont précisément les fémurs les plus vigoureux et les plus solides, c'est-à-dire les os sains, qui présentent la courbure antéro-postérieure la plus accusée*. Les os malades, suivant les cas, sont peu ou pas courbés ; et cependant le poids supporté par le membre malade était encore assez accentué pour qu'un os atrophié et mal nourri traduisît plus encore que son congénère la pression du corps ! Étant donné surtout que cet os sain, en vertu de sa nutrition parfaite, est en outre pourvu d'un contrefort osseux, le pilastre ! C'est absolument le contraire qui a lieu : les Pl. IV, VII, VIII, entre autres, montrent assez bien les différences de courbure.

En adoptant notre manière de concevoir la production de la saillie pilastrique, tout s'explique aisément. En même temps que la saillie pilastrique s'accuse (nous parlons d'un os normal) et que la surface externe s'élargit, il se produit un évidement de cette face postéro-externe bien visible

d'ailleurs sur tous les fémurs normaux. Inversement, il se produit un renforcement compensateur sur la face opposée, qui empêche la diminution de volume. Aussi sur un os normal le centre de courbure ne siège pas à la partie moyenne de l'os, lieu de moindre résistance, mais au niveau du maximum de largeur de l'insertion musculaire. De même la courbure n'atteint pas également les deux moitiés de l'os.

Tous les faits qui précèdent et qui ont trait aux os normaux ont été mis en relief par M. Manouvrier (1), qui a encore insisté sur leur accentuation d'autant plus marquée que l'os est plus vigoureux. Il a aussi remarqué que les fémurs féminins et d'enfants sont moins incurvés que les masculins et cependant la femme supporte une charge relativement plus lourde en raison des proportions féminines du tronc. *Tout ceci prouve que l'incurvation fémorale n'est nullement mécanique mais sous la dépendance du système musculaire.*

Sur nos os nous retrouvons des oscillations analogues à celles-ci, mais beaucoup plus marquées, puisque l'état musculaire est lui-même beaucoup plus différencié. Nos résultats s'accordent d'une façon absolue avec ceux qui précèdent et l'*impotence musculaire suffit seule, on le voit, à expliquer la forme de l'os malade.*

Il existe une modification de la ligne âpre qui indique encore mieux la part considérable qu'il faut faire au développement musculaire dans la production des formes pathologiques. Normalement, sur l'os de la cuisse, la ligne âpre présente deux lèvres et un interstice ; mais cette disposition est purement schématique, car en réalité ces trois éléments sont confondus et surmontent la saillie pilastrique. *Sur les os pathologiques, ou bien les lèvres de la ligne âpre sont éloignées l'une de l'autre, ou bien elles tendent à s'écarter.* Cette dernière alternative est constituée par ce fait que les deux lignes qui sont confondues normalement sur un espace de plusieurs centimètres, ne

(1) *Loco citato.*

le sont plus que sur un espace de 3 à 4 centimètres et quelquefois moins. En un mot la *bifurcation inférieure de la ligne âpre se fait à un niveau plus rapproché* de la partie moyenne de la diaphyse : on en voit des exemples remarquables sur les PLANCHES IV, VI, IX.

La PLANCHE IV représente une dissociation complète des lignes âpres. Il en est de même sur la PL. IX. — Sur la PL. VI on voit la bifurcation se faire à un niveau plus élevé. — Cet écartement, complet ou incomplet, ne peut encore être rattaché à des troubles trophiques d'origine centrale. Quand même on réussirait à expliquer correctement la disparition du pilastre, il est nécessaire d'invoquer l'action musculaire pour comprendre la cause d'un écartement qui peut avoir un ou deux centimètres.

Cette variation est facile à expliquer, en se reportant à la genèse des formes normales. Le rapprochement des lèvres et la saillie pilastrique naissent sous l'influence d'une même cause. C'est une loi bien démontrée et basée sur l'observation raisonnée des formes osseuses humaines ou animales que l'os s'adapte aux fonctions du muscle. Autrement dit : si celui-ci tout en se développant trouve une surface large et suffisant à ses attaches, il n'a nullement besoin de la modifier. Si, au contraire, la surface d'insertion n'est plus en rapport avec le volume du muscle accru par l'exercice, la forme osseuse se modifie dans un sens déterminé. Or c'est pour cette cause, que, sur un os normal, les crêtes de la ligne âpre sont d'autant plus rapprochées que le développement musculaire est plus grand relativement au volume de l'os. Qu'un fémur fournisse une large surface d'insertion à une masse musculaire relativement minime (fémur du gorille par exemple) l'os restera arrondi et les deux lèvres qui marquent les limites de l'insertion n'ont aucune tendance à se rapprocher. L'aspect sera celui de la *figure* 1. Que cette masse musculaire s'accroisse, l'os se modifiera, il s'aplatira, ce que nous savons déjà ; la coupe de l'os, de circulaire, deviendra triangulaire, l'angle postérieur s'allongera et le pilastre sera ainsi constitué; mais en même temps le muscle repoussera les deux lèvres vers la partie postérieure et leur déplacement ultime sera leur confusion sur le sommet du pilas-

tre. Tel est l'aspect représenté sur la *figure 3* : on voit sur la fig. 2 un stade intermédiaire. *Toute la morphologie, à ce niveau dépend donc du volume des muscles relativement à la surface osseuse.* Il est évident que nos fémurs malades représentent des os dont le développement musculaire est relativement faible, et comme conséquence, les lèvres de la ligne âpre sont écartées ou tendent à s'écarter. Suivant les cas, ils représentent sur une coupe le cas de la *figure* 1 ou le cas intermédiaire représenté sur la *fig.* 2 (1).

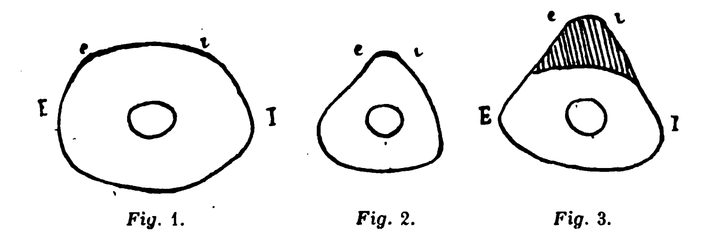


Fig. 1. *Fig.* 2. *Fig.* 3.

Figures schématiques empruntées à M. Manouvrier et montrant sur une coupe la forme de plusieurs fémurs. — e, lèvre externe de la ligne âpre; i, lèvre interne de la ligne âpre. — *Fig.* 1, coupe du fémur d'un gorille, ou d'un hémiplégique: le développement musculaire est relativement faible; — *Fig.* 2, représentant la coupe d'un fémur dont le pilastre commence à être plus prononcé; — certains femurs féminins sont ainsi faits, et quelques-uns de nos fémurs malades, correspondant à une paralysie légère, s'en rapprochent absolument; — *Fig.* 3, fémur à fort développement musculaire. La partie rayée représente ce qu'il faut ajouter à l'os de la *fig.* 1 pour qu'il prenne la forme de la *fig.* 3.

A la partie inférieure de l'os, on retrouve d'autres symptômes engendrés uniquement par l'impotence musculaire. Sur un fémur normal le *plan poplité est incliné en dedans,* en raison de la saillie supérieure de sa partie externe. *Sur un fémur d'hémiplégique, cette inclinaison est moins*

(1) Sur la *figure* 3 on voit un os normal et ce qu'il faut retrancher de sa surface de coupe pour en faire un os atrophié.

prononcée ou absente. Là encore va-t-on faire intervenir un trouble trophique *qui ne porterait que sur une moitié de l'os?* Ce serait tellement absurde que nous n'insistons pas, en faisant remarquer que le plan est incliné sur un fémur normal en raison de l'action du muscle crural qui agrandit la surface d'insertion en repoussant la bifurcation externe de la ligne âpre, comme il l'avait fait à la partie moyenne. Sur les planches précédentes on voit, mal la différence de ces inclinaisons, mais on s'aperçoit au contraire fort bien que le prolongement externe de la ligne âpre est plus marqué sur l'os sain et y descend plus bas : variation en rapport encore avec le développement musculaire. Il est nécessaire de rappeler ici que toutes les formes morbides ne sont pas absolument spéciales à l'hémiplégie infantile. Sur des fémurs parfaitement normaux et sains, M. Manouvrier a relevé des formes poplitées identiques aux nôtres et en se basant sur les signes répartis sur le reste de l'os, il avait conclu que l'affaissement de la partie externe du plan poplité était le résultat d'un faible développement musculaire. De même, à propos des coupes, nous avons insisté sur ce fait que la forme de la fig. 2 était celle (1) de fémurs normaux peu vigoureux et de certains os malades.

Bien que nous ayions à parler encore de deux autres variations, nous pouvons insister auparavant sur quelques notions qui se dégagent spontanément de ce qui précède.

1° *Sur nos fémurs malades on note la persistance de nombreux caractères infantiles.*

Le fémur n'a pas au début de la vie la forme qu'il revêt chez un adulte. Nous avons déjà signalé à plusieurs reprises les modifications de cet os sous l'influence du muscle et de son activité. Chez un enfant, en dehors de toute lésion, le fémur a des caractères tout particuliers :

(1) A propos de nos formes poplitées nous croyons intéressant de signaler le rapprochement qu'on peut en faire avec le fémur du pithecanthropus erectus (voir *Bulletin de la Société d'Anthropologie*, juillet 1900, page 400). Ceci démontrera qu'au point de vue évolutionniste, on peut retirer un énorme bénéfice de l'étude des faits pathologiques, à la condition de les expliquer au moyen de la clinique.

il est rectiligne; le pilastre est à peu près absent ; le plan poplité est aplati, la ligne âpre n'a pas ses éléments confondus : ces caractères se modifient au fur et à mesure que l'enfant grandit ; et en examinant des os correspondant à un âge plus avancé et par conséquent à un degré plus avancé de développement musculaire, les différences entre l'os observé et un os dont la croissance est terminée sont de moins en moins marquées. Le pilastre devient plus saillant, la forme arrondie se perd par suite de l'aplatissement transversal, l'obliquité poplitée s'accuse. Or, *ces caractères sont précisément ceux qui différencient aussi nos fémurs sains et nos fémurs malades*. On n'a qu'à comparer un fémur sain d'enfant et un fémur malade d'adulte pour être convaincu de la réalité du fait que nous avançons.

2° *Il est non moins évident que ces caractères infantiles sont à peine marqués si la paralysie a été légère.*

Qu'on se reporte à la PLANCHE II où sont représentés des fémurs pourvus de muscles peu différents les uns des autres, malgré l'existence incontestable d'une paralysie : le fémur malade ne diffère que très peu du fémur sain.

3° *On peut donc dire que les fémurs dépendant d'un membre hémiplégié, représentent un stade intermédiaire entre un fémur normal et un fémur d'enfant.*

Les caractères infantiles disparaissent si l'hémiplégie a été très légère : ils sont accusés si l'impotence a été accentuée ; si l'hémiplégie a été d'intensité moyenne les caractères du fémur malade représentent un stade plus avancé de développement. Cela se conçoit aisément si on a présent à l'esprit et ce que venons de dire sur la morphogénie du fémur, et ce qu'a publié l'un de nous comme introduction à ce travail sur les modifications osseuses, et d'une façon générale ce qui a trait aux variations morphologique de l'os de la cuisse. On saisira les stades par lesquels passe un fémur normal au cours de la croissance. Il n'acquiert que progressivement sa forme parfaite et *parmi les causes qui président à son évolution il faut*

placer avant tout l'activité musculaire. Mais alors nos formes pathologiques peuvent prendre rang dans cette sériation ; ils auront bien certains caractères particuliers qui permetteront de ne pas les confondre complètement avec un os sain, mais dans la majorité des cas si on les présente isolément à une personne non prévenue (ce qui a été fait) celle-ci remarquera simplement qu'ils correspondaient à un faible développement musculaire. Chemin faisant nous avons rappelé que certaines formes pathologiques se rencontraient sur des os incontestablement normaux.

4° *Cette façon de comprendre les formes pathologiques se trouve vérifiée par les faits exposés jusque ici ; les cas suivants qui en sont pour ainsi dire la contre-partie la confirment encore. — Quand le fémur sain d'un hémiplégique a donné insertion à une masse musculaire peu active quoique normale, il est à son tour peu différencié du fémur malade.*

Tel est le cas représenté sur la PLANCHE X. Le membre sain n'avait qu'une activité très médiocre par suite de l'état intellectuel du sujet et des crises épileptiques qui se renouvelaient fréquemment. Tout cela s'opposait à la locomotion. De ce fait, l'os sain n'a subi qu'une modification légère et proportionnée à ce faible développement musculaire. Les deux formes se rapprochent : mais ce n'est plus comme précédemment le fémur malade dont l'évolution est plus avancée ; c'est au contraire l'os sain qui diminue la distance.

5e *Si le fémur sain n'a subi qu'une transformation incomplète par suite de l'âge peu avancé du sujet qui en était porteur il ressemble à son congénère malade.*

Théoriquement cela découle de ce qui précède : étant donné que le fémur subit des variations successives au cours de la croissance et parallèlement au développement du système musculaire, son degré de transformation sera d'autant moins accentué, qu'on sera à une époque moins éloignée de la naissance. Puisque l'os malade subit un

arrêt ou un retard d'évolution, il est naturel que le fémur sain rappelle une forme par laquelle il vient lui-même de passer. C'est ce qu'on constate sur tous les fémurs d'hémiplégiques du musée de Bicêtre dont les épiphyses n'étaient pas encore soudées (1).

6° *De tout cela on peut aussi conclure définitivement que chez un hémiplégique infantile la forme des os, aussi bien du fémur sain que du fémur malade, est liée à l'état de la musculature.*

L'os malade subit peut-être des troubles trophiques indépendants de ceux qui sont occasionnés par l'impotence musculaire : ils sont négligeables, et ce qui est certain, c'est que même un os malade s'adapte entièrement à la fonction du muscle. Tout ce qui précède le prouve et les remarques suivantes y contribuent encore.

L'histologie pathologique enseigne que dans l'hémiplégie spasmodique les groupes musculaires sont inégalement frappés et que même dans un muscle un faisceau isolé peut conserver son activité à l'exclusion des autres. Il est parfois difficile de trouver des symptômes de ce genre sur un os, mais à la partie supérieure de quelques-uns de nos fémurs nous constatons *la juxtaposition de l'activité et de l'inactivité des deux faisceaux d'un même muscle.*

Sur un fémur normal il existe souvent, à la partie supérieure de la diaphyse, au-dessous du petit trochanter une tendance à l'aplatissement antéro-postérieur. Aplati transversalement à la partie moyenne l'os l'est en sens inverse à ce niveau, et il l'est parfois d'une façon extrêmement marquée. Ce caractère porte le nom de platymérie : il est engendré par l'action musculaire et lui est proportionné ; par suite de cette transformation, l'os offre une plus grande surface relativement à son volume phénomène éminemment favorable à l'insertion musculaire. Sans insister sur

(1) Le tableau A montre aussi que les fémurs I, J, K, sont à peu près égaux les chiffres diffèrent peu et surtout les proportions n'indiquent qu'une modification légère de la forme.

les causes physiologiques qui nécessitent en ce point un plus fort développement musculaire (1), disons que cet aplatissement produit deux faces (antérieure et postérieure) et deux bords saillants continuant les faces internes et externes disparues par suite de cette modification. Les deux bords sont généralement dénommés crête fémorale interne et crête fémorale externe. Cet aplatissement antéro-postérieur de la surface de l'os a un autre résultat; c'est de masquer plus ou moins la base du petit trochanter que la crête fémorale interne surplombe. Ceci dit il est évident que les os sains doivent être plus platymères que les malades, mais les indices calculés par Paul-Boncour ne l'indiquaient pas d'une façon formelle et cela parce que, à ce niveau, les os pathologiques présentent une bizarrerie facile à expliquer. Ceux-ci subissent réellement un agrandissement de leur surface antérieure et comparé au diamètre antéro-postérieur le diamètre transverse (indiquant l'agrandissement précité) dénote un aplatissement.

Mais ce que ne peut dire le rapport c'est que, seule, la partie externe de la face antérieure est augmentée, et comme ce léger agrandissement coïncide avec une atrophie de l'épaisseur de l'os, on obtient un indice de platymérie erroné. Cette partie externe de la face antérieure est seule augmentée, par ce que elle a donné insertion à un faisceau musculaire très actif tandis que sa partie adjacente (interne) n'a fourni aucune insertion. Sur la PLANCHE XI, on voit une sorte de dos d'âne séparant la face antérieure en deux versants. Le versant externe est lisse, large, et on voit l'agrandissement de la surface osseuse dont la limite externe (bord externe de l'os, crête fémorale externe) ne continue pas la direction primitive de l'os ; elle s'écarte de l'axe médian. Le versant interne est étroit ; la surface loin d'être lisse est ridée (stries d'atrophie). Sur l'exemple représenté sur la PLANCHE XI, il existait une plaque blan-

---

(1) Si l'on veut comprendre ces formes et sutout avoir une notion complète sur leur production et leurs variations, il faut se reporter aux travaux de Manouvrier *(loco citato)* et *De la Platymérie* (*Congrès d'anthropologie et d'archéologie préhistoriques*, 1891) et à ceux de Paul-Boncour qui s'occupent spécialement d'os anormaux et des rapports des différentes formes de platymérie.

châtre, teintée sur la photographie et qui témoigne de l'inoccupation de l'os à ce niveau.

Comme confirmation de ce fait, on remarquera que si la crête fémorale externe existe, l'interne est absente. Aussi sur *les os malades le petit trochanter n'est nullement masqué,* il semble même, pour cette raison, plus développé que du côté sain (PLANCHES XII et XIII).

A la partie postérieure des os malades, la saillie de la crête fémorale externe contribue a exagérer la dépression simulant la fossette hypotrochantérienne. On le voit, *l'os s'adapte parfaitement à l'activité d'un faisceau musculaire isolé, même quand celui-ci correspond au côté atrophié.*

Sans nier la possibilité de troubles trophiques d'origine centrale, après tout ce qui précède, *nous devons constater l'importance de la part du muscle dans la détermination de l'atrophie osseuse. On peut même ajouter que par la seule impotence fonctionnelle nous avons réussi à expliquer d'une façon rationnelle les formes de l'os malade.*

Pourquoi d'ailleurs, dans ce cas particulier, n'admettrait-on pas une origine qu'on reconnait possible pour des phénomènes analogues ? amincissement de la mâchoire après la chute des dents, rétrécissement de la cavité orbitaire après l'énuléation de l'œil, disparition ou amoindrissement de la cavité cotyloïde si la sphère fémorale n'y est plus ?

Mais il faut préciser le rôle du muscle, car le mot atrophie est impropre : l'os du membre hémiplégié est atteint d'un arrêt de développement ou mieux d'un *retard de développement.* Comme l'a si bien dit le professeur Brissaud (1), ce qu'on appelle dans le langage courant atrophie « n'est pas un phénomène régressif. » La maladie atteint un organisme en voie de croissance, elle agit aussi sur les facteurs de cette croissance, les trouble, les vicie et de même qu'elle produit une arriération intellectuelle,

(1) *Leçons sur les maladies nerveuses.* (Salpêtrière, 1893-95).

elle produit *un retard dans le développement de l'ossification.*

Le système osseux présente de l'*hémi-infantilisme* : ceci est tellement vrai qu'on peut constater dans quelques cas malheureusement trop rares vu la difficulté d'avoir des autopsies complètes la *persistance de certains cartilages de conjugaison sur le seul côté hémiplégié.* Ceci existe sur les membres, comme sur d'autres parties du squelette : sur un bassin nous avons relevé un arrêt unilatéral de l'ossification : alors que le côté sain est complètement calcifié, le côté malade présente encore des centres cartilagineux. Ce sont là des faits qui empêchent toute assimilation entre les formes que nous signalons et une véritable atrophie La direction du traitement doit s'inspirer de ces constatations et tout à l'heure nous montrerons comment elles servent à expliquer des malformations définitives.

CHAPITRE II.

Inclinaison du col fémoral, Variations de l'angle cervico-diaphysaire expliquées par la pathologie.

Il nous reste encore deux particularités à envisager :
1° l'*inclinaison du col fémoral* ;
2° l'*inclinaison de l'axe de la diaphyse.*

Ces inclinaisons ne sont pas identiques sur les deux os d'un même sujet. La seconde particularité est en partie d'origine musculaire, tandis que la première dépend de causes purement mécaniques. Nous parlerons néanmoins de celle-ci en premier lieu, car elle nous permettra de mieux comprendre les variations d'inclinaison de l'axe diaphysaire (1).

(1) De même, nous passons sous silence dans ce chapitre et dans le suivant l'action de ces inclinaisons sur l'augmentation et la diminution de longueur des os. Nous traitons cette question en détail dans le chapitre IV.

L'inclinaison du col n'est pas la même sur les deux fémurs. — Il suffit de considérer avec un peu de soin les deux fémurs d'un individu ayant été atteint d'hémiplégie infantile pour remarquer une différence dans l'inclinaison du col fémoral : autrement dit, l'angle formé par la rencontre de l'axe du col avec celui de la diaphyse, a une valeur différente suivant qu'il correspond à l'os du membre sain ou à l'os du membre paralysé. Cette inégalité passerait facilement inaperçue si l'on se contentait de juxtaposer les deux os ; elle devient, au contraire, très appréciable en leur donnant une direction convenable. Qu'on ne soit pas prévenu et qu'on saisisse un fémur dans chaque main on leur imprimera une direction défectueuse, car, instinctivement on oriente chaque os de façon à ce que les angles cervico-diaphysaire se correspondent exactement. Or, cette direction ne correspond nullement à celle qui existe sur le vivant et elle est absolument fantaisiste.

Sans insister maintenant sur les erreurs occasionnées par l'ignorance de ces faits dans l'évaluation de la longueur fémorale (ce sera l'objet d'un chapitre auquel celui-ci et le suivant servent pour ainsi dire d'introduction), contentons-nous de placer les deux fémurs d'un hémiplégique absolument verticaux (1). Ils se présentent alors comme les reproduit la PLANCHE IV (ils n'y sont vus que par leur partie postérieure, mais leur aspect antérieur offrirait les mêmes particularités.) Cette planche montre :

1° Que l'angle cervico-diaphysaire est plus ouvert du côté malade ;

2° Que la tête fémorale correspondant au fémur malade est sur un plan plus élevé que normalement. En effet, son extrémité supérieure ne dépasse pas le bord du grand trochanter *sur le fémur sain.* Il n'en est pas de même *sur le fémur pathologique ;*

3° Que le bord supérieur du col fémoral est plus arqué qu'à l'état normal.

(1) Cette situation n'est nullement celle qui correspond à la situation sur le vivant, mais pour ne pas embrouiller la discussion, nous la considérons comme normale.

Ces modifications se rencontrent dans la plupart des cas qui ont été soumis à notre observation et les rares exceptions dont nous parlerons d'ailleurs, loin d'infirmer cette règle générale que *dans l'hémiplégie infantile l'angle du col du fémur est plus ouvert du côté malade*, serviront au contraire à justifier nos explications sur la genèse de cette déformation. La vue ne suffit pas à apprécier le degré des variations angulaires et il vaut mieux les mesurer et traduire en chiffres les différences. Nous ne donnons pas la technique suivie : nous renvoyons pour tous les détails au mémoire préliminaire dont nous avons déjà parlé puisque nous nous bornons ici à des conséquences cliniques et médicales.

La valeur angulaire est indiquée dans le tableau B. Les fémurs G G', H II', I I', J J', K K', ont été étudiés depuis la communication de Paul-Boncour à la *Société d'antropologie;* ils apportent des arguments nouveaux et nous aurons à nous y arrêter.

Devant ces résultats une première question se pose : Quelle est la cause de la moindre inclinaison du col du fémur malade ? Quel est le mécanisme de cette déformation ?

Beaucoup de théories ont été proposées pour expliquer les variations individuelles de l'ouverture de l'angle.

D'après les travaux antérieurs, parmi lesquels il faut surtout citer celui de Rodet (de Lyon) et d'après les recherches récentes de l'un de nous sur lesquelles nous allons insister pour les préciser, on peut admettre que c'est le poids du corps qui produit l'inclinaison du col fémoral.

Il est moins incliné, en effet, chez l'enfant que chez l'adulte. D'autre part, il ne change plus après 20 ou 25 ans, c'est-à-dire quand la croissance est terminée. On a bien prétendu que chez le vieillard on observait des fractures en raison de la fermeture exagérée de l'angle cervico-diaphysaire : c'est là un trouble trophique d'origine sénile et nullement un mécanisme assimilable au précédent. Il est donc naturel de conclure qu'au fur et à mesure que l'individu avance en âge l'inclinaison du col s'accentue sous l'influence de l'augmentation concomitante du poids

du corps. Tous ces raisonnements auxquels on a reproché d'être un peu théoriques, gagneraient évidemment à s'appuyer sur l'expérimentation.

La pathologie vient combler cette lacune : tous nos fémurs ayant été placés dans des conditions qui ont la valeur d'une véritable expérience.

Il serait, en effet, curieux de savoir ce que deviendrait un angle cervico-diaphysaire, si un individu continuant à grandir, il n'y avait aucune pression sur la tête fémorale ; mais cette condition est irréalisable et d'ailleurs, étant donné les variations individuelles extrêmement considérables de l'angle du col, on n'aurait aucun point de comparaison. Au contraire, *si chez le même individu chaque os a été soumis à des pressions différentes on doit retrouver des traces de cette inégalité.* C'est précisément ce que nous allons constater.

TABLEAU B.

Ouverture de l'angle cervico-diaphysaire.

FÉMURS SAINS										
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
115°	132°	129°	122°	124°	123°	129°	126°	127°	125°	130°
FÉMURS MALADES										
A'	B'	C'	D'	E'	F'	G'	H'	I'	J'	K'
123°	143°	132°	134°	130°	123°	131°	131°	129°	126°	130°

1° *Nous connaissons exactement les conditions dans*

lesquelles se sont trouvés nos sujets. Nos observations ont porté sur des faits remplissant toutes les conditions désirables. Les individus qui étaient porteurs de nos os on été hospitalisés dans le service de M. Bourneville, à Bicêtre, où, suivant sa méthode habituelle, ils ont été étudiés; leur observation a été prise avec soin, leur façon de marcher soigneusement examinée ; plusieurs photographies ont été réunies dans les archives du service ainsi qu'on peut en juger. Il nous est donc possible de mettre en regard de chaque os, l'histoire du malade et le degré d'impotence d'un de ses membres inférieurs.

2° *Les déformations sont bien survenues pendant la croissance.* On a vu plus haut que les variations angulaires ne se produisaient que grâce à cette flexibilité normale qui persiste durant la croissance. Nos fémurs remplissent bien cette condition : la caractéristique de l'hémiplégie spasmodique infantile est de survenir chez un individu en état de développement. L'hémiplégie d'un adulte ne présente que des troubles paralytiques ; chez l'enfant la lésion cérébrale s'accompagne de troubles trophiques atteignant tous les éléments du membre, os y compris : et il en est ainsi parce que les troubles ont frappé un organe en état de croissance.

3° *Les deux fémurs d'un même individu ont supporté des pressions différentes.*

Étant donné les conditions qui précèdent et le mécanisme invoqué plus haut pour expliquer la fermeture de l'angle cervico-diaphysaire, on conçoit facilement que si d'un côté la pression a été moins forte, l'inclinaison du col sera en même temps moins accusée. On ne peut mettre en doute que le fémur du côté malade ait eu à subir une moindre pression que son congénère. Celle-ci est complexe et ainsi que l'a dit l'un de nous, il ne faut pas considérer le poids du corps comme un poids brut mais comme un poids augmenté de toute la force vive provenant de la vitesse de la masse en mouvement. A une influence purement mécanique s'ajoute encore celle de l'activité des mouvements, bien représentée par la force musculaire.

Or, les os donnent des preuves de cette diminution de l'activité musculaire. Le chapitre précédent et surtout l'étude purement anatomique qui en a été faite et à laquelle nous renvoyons, montrent la diminution de l'indice pilastrique, la moindre saillie de la branche externe de la bifurcation de la ligne âpre, la faiblesse de l'indice poplité à 4 centimètres au-dessus des condyles, une moindre platymérie, etc., etc., autant de particularités qui indiquent un faible développement musculaire. Les observations sont là enfin pour indiquer le moindre volume des masses musculaires mesurées sur le vivant.

Indépendamment de cette paralysie le poids supporté par le membre malade était diminué. Observons un hémiplégique infantile.

Au repos, un individu abandonné à lui-même prend instinctivement l'attitude hanchée, c'est-à-dire que le poids du corps repose sur une seule jambe : le tronc est alors placé de façon que la ligne verticale passant par le centre de gravité vienne tomber sur le pied supportant la masse du corps. Pour éviter la fatigue, l'individu prend alternativement un point d'appui sur chaque membre. Il est clair qu'un paralysé utilisera le membre le plus stable. C'est instinctif et toutes les photographies prises dans la station debout, représentent à un degré plus ou moins accentué la physionomie de la PLANCHE III. Le membre sain est soumis à une pression plus forte et plus longue que le membre malade. Le fait est d'autant plus marqué que la rétraction du tendon d'Achille force souvent l'hémiplégique à ne prendre un appui que sur l'extrémité d'un pied au lieu de reposer sur la largeur de la surface plantaire.

Observons maintenant la démarche d'un hémiplégique et analysons ses mouvements. On y retrouve cette inégalité du travail effectué par chaque membre. Quand le corps progresse en avant d'une façon normale il existe : 1° une période durant laquelle le corps repose sur les deux pieds, c'est le temps du double appui ; 2° une période où l'un des membres, quittant le sol pour y revenir, l'appui est unilaté-

ral et simple. Normalement les membres offrent alternativement un appui de même durée. Dans la paralysie, le corps s'appuie de préférence sur le membre le plus solide, aussi *le membre sain sert-il d'appui plus longuement que le paralysé.* Nous allons voir que, *de plus, la pression y est plus intense* en raison des modifications de la marche.

Le membre sain supporte une pression plus longue : même dans les cas les plus bénins, il y a une légère claudication qui devient très manifeste dans les cas moyens. Durant le pas, l'hémiplégique abrège le plus possible le travail de son membre malade et se hâte de retrouver un point d'appui solide sur le membre sain. La longueur du pas exécuté par le côté hémiplégié s'en ressent et c'est en cela que le rythme normal se trouve modifié : « la marche qui commence généralement par le pied du côté malade s'effectue comme il suit : le membre paralysé ne dépasse pas le talon du membre sain, le pied malade est tiré pour ainsi dire en avant en traînant sur le sol par son bord interne et en décrivant non une ligne droite mais un arc de cercle ; il passe ensuite à l'appui, mais sans dépasser le pied du côté indemne pour former ce que M. Gilles de la Tourette appelle le pas proprement dit. » C'est ainsi que s'exprime M. Letort(1) qui a analysé la marche chez l'enfant et qui s'est inspiré dans cette étude des travaux de M. Gilles de la Tourette.

La pression est plus intense sur le membre sain. La démarche décrite précédemment le prouve déjà, car, en résumé, c'est uniquement le membre bien portant qui sert à progresser. L'enfant prend un point d'appui solide sur lui en s'inclinant en avant et en dehors (position hanchée de Gilles de la Tourette) pour pouvoir entraîner le membre paralysé qui est toujours postérieur, ainsi qu'on l'a vu tout à l'heure. Le développement musculaire supérieur est d'ailleurs en rapport avec cette augmentation de poids, si on se souvient du rôle important joué par l'activité des mouve-

---

(1) *Troubles de la marche chez l'enfant* (Jouve, 1891).

ments pour exagérer le poids brut de la masse supportée. Les muscles sont nécessaires à la marche: pendant longtemps on a cru avec les frères Weber que les mouvements du membre inférieur étaient assimilables à une oscillation pendulaire, les muscles n'y prenant qu'une part insignifiante. M. le professeur Marey, par ses magnifiques et intéressantes recherches aidées de la chromophotographie, a définitivement mis au point la physiologie des mouvements et démontré le rôle actif de muscles durant l'oscillation du membre inférieur. Sans analyser leur rôle, constatons que, si la force du système musculaire est amoindrie, le type normal de la marche sera défiguré, l'hémiplégique modifiant en conséquence ses mouvements (1).

Tous ces faits sont tirés de l'observation et on peut facilement les comprendre en examinant les photographies représentant diverses attitudes durant la marche; ils permettent d'affirmer le rôle bien différent des deux cols fémoraux, aussi le tableau B nous révèle-t-il des variations dans leur inclinaison. Faisons quelques remarques à ce sujet.

Dans les fémurs primitivement étudiés, on voit que le cas F fait exception. La théorie n'est pas en défaut pour cela, mais on se trouve en face d'un individu qui tout en ayant été atteint d'hémiplégie n'a eu qu'une impotence peu considérable. C'était un cas bénin. En examinant la Pl. II, on remarquera d'abord que l'atrophie est difficile à constater. A la vue, le volume semblait le même et seules les mensuration ont dénoté la moindre énergie musculaire. L'indice pilastrique et l'indice poplité le prouvent. L'aplatissement platymérique est moins prononcé. Sur la planche nous avons noirci les parties inoccupées de l'os et l'on voit que les muscles étaient, en effet, moins développés sur l'os malade. L'observation prise à l'hôpital nous apprend d'ailleurs qu'il y avait « plutôt un affaissement paralytique à droite qu'une véritable hémiplégie ». On relève encore la phrase suivante : « quand on fait marcher le malade, il

(1) Il serait intéressant d'étudier les paralysés infantiles à l'aide de la chromophotographie et on en retirerait certainement des indications cliniques fort utiles.

présente une claudication due seulement à la différence de longueur des deux membres, *il ne traine pas le pied, il ne fauche pas.* » En un mot, on a remarqué le peu d'impotence que présentait ce malade comparé aux autres. Sa photographie, d'ailleurs, suffit à l'indiquer (PLANCHE I) et en la rapprochant de la PLANCHE III on conçoit aisément que des attitudes aussi tranchées aient une répercussion bien différente sur l'inclinaison des cols.

Nous avons ajouté au tableau publié antérieurement des cas nouveaux ; si le cas H rentre dans la règle générale, les autres paraissent s'en éloigner. Le peu de différence notée entre les fémurs G, T, J et G', T', J' et de même l'égalité que semblent offrir les deux fémurs K et K' méritent d'être expliqués. Nous émettons un doute au sujet de ces derniers ; ces os qui n'ont qu'une longueur de 17 à 19 centimètres sont en très mauvais état, les épiphyses non soudées sont absentes et la partie supérieure de la diaphyse est brisée : nous n'avons donc pu donner un chiffre précis ; les angles nous semblent les mêmes, *ce qui parait d'ailleurs naturel* ; l'enfant qui en était porteur est décédé à l'âge de 5 ans ; il est resté pendant ce temps dans un état de déchéance continue ; il a eu à 3 ans une série de convulsions à la suite desquelles « il ne recommença que difficilement à se tenir sur les jambes. » Son observation nous dit aussi « qu'il marchait peu et qu'il avait les jambes recroquevillées sous le menton ». La pression a donc été égale des deux côtés par suite d'un non fonctionnement dû à l'état général. Les causes de l'inclinaison ont fait défaut aussi bien du côté sain que du côté malade : aussi a-t-on un angle égal et de plus un angle très ouvert représentant un angle infantile (130°) on peut faire le même raisonnement pour les fémurs G, I, J et G', I', J'. Ils ont appartenu à des enfants dont les épiphyses n'étaient pas encore soudées : leurs cols aussi bien sur l'os sain que sur l'os malade n'ont subi que peu l'influence de la pression et là encore nous retrouvons une transformation incomplète du col sain ; ce qui ne le différencie que faiblement du col du côté opposé, Ex : 129° et 131°, 127° et 129°, 125° et 126°.

En raisonnant comme nous l'avons fait au cours du chapitre précédent, *nous sommes donc amenés à constater que le type de nos angles cervico-diaphysaires malades se rapproche du type rencontré chez l'enfant.* L'inclinaison primitive n'est que peu modifiée, c'est presque *la persistance de l'état infantile. Ces variations, en tous cas, ne sont pas dues à un trouble trophique et dépendent uniquement d'un moindre fonctionnement du membre.*

CHAPITRE III.

Influence de l'hémiplégie infantile sur la direction de l'axe fémoral et la production du génu-valgum. Mécanisme de cette déformation.

Avant d'envisager les conséquences que peuvent avoir les variations angulaires du col du fémur dans la comparaison des longueurs des deux os d'un même individu, il faut signaler une autre modification, qui s'allie à la précédente pour troubler les résultats. Précédemment, nous avons fait remarquer que la direction verticale que nous donnions aux os n'était pas la véritable, c'est-à-dire qu'elle n'était pas analogue à celle que ces os ont sur le vivant. Pour obtenir la position réelle, il faut appuyer les deux condyles de l'os sur un plan vertical et lui laisser prendre sa direction naturelle. Les fémurs sont représentés dans cette situation sur les PLANCHES VII-VIII-X-XIII.

Mais on s'aperçoit que les deux os ne se placent pas symétriquement par rapport à la verticale, et que dans cette position l'inclinaison est différente. Pour parler plus exactement, les axes anatomiques ont une inclinaison différente. Cet axe encore appelé géométrique est celui qui, suivant la direction d'un os long, le partage en deux parties égales. Pour le fémur cet axe passe en bas par l'échancrure intercondylienne et aboutit en haut au sommet recourbé du grand trochanter. Sur nos PLANCHES les axes ont donc une inclinaison qui varie suivant qu'on considère le côté sain ou le côté malade. Ils forment avec

la verticale un angle également différent qui mesure leur inclinaison. Dans tous les cas, sauf un, cet angle est plus ouvert du côté malade. Les valeurs angulaires sont inscrites dans le tableau C ci-après :

TABLEAU C.
Angle d'inclinaison de l'axe des fémurs.

CAS	COTÉ SAIN	COTÉ MALADE
A	8°	11°
B	8°	10°
C	9°	12°
D	6°	12°
E	12°	11°
F	5°	10°

Nous reproduisons le tableau tel qu'il a été communiqué à la Société d'Anthropologie, mais nous y ajouterons quelques réflexions nouvelles.

A quelle cause est due cette modification de l'inclinaison du fémur malade? On n'a que peu de notions sur ce qui peut amener à l'état normal des variations individuelles. On sait que chez la femme la divergence est plus prononcée que chez l'homme ; on sait aussi que les fémurs de petite dimension sont dans le même cas, mais cette constatation se confond avec la première ; lorsque l'on considère un grand nombre de fémurs, les petits fémurs représentent pour la plupart des fémurs féminins. On a prétendu, d'après cette observation, que l'obliquité du fémur était la conséquence de l'élargissement du bassin. Cela est possible ; mais dans notre cas particulier cette raison est inacceptable, le bassin étant rétréci du côté malade.

De même, on a voulu voir dans cette inclinaison un effet de la longueur du col ou de l'accentuation de son inclinai-

son; chez nos sujets c'est le contraire qui a lieu ; à un col plus court et à une inclinaison moins forte correspond une divergence plus grande. Nous passons sous silence les théories, envisageant cette inclinaison comme un perfectionnement de la station bipède, ou un état permettant un développement plus intense de la masse musculaire. Ce sont des conceptions purement spéculatives qui, mises en face de nos faits, ne peuvent pas servir à les éclairer. On le voit toutes ces explications sont insuffisantes *mais puisque l'inclinaison plus prononcée du fémur correspond au côté malade, il est naturel, plus naturel peut-être d'en rechercher l'explication par une cause pathologique.*

A notre connaissance on n'a jamais encore attiré l'attention sur la divergence différente des axes fémoraux des hémiplégiques. On a bien signalé la *production du génu-valgum*, mais on n'en a pas expliqué la pathogénie ; on n'a pas montré que cette *déformation n'était que l'aboutissant* et *l'exagération de l'inclinaison normale de l'os et qu'entre elle et la direction normale il y avait tous les intermédiaires*. De même, on n'a jamais parlé des particularités morphologiques liées à cette inclinaison constante des os correspondant au côté hémiplégié. L'ignorance de ces faits, bien pardonnable d'ailleurs si on n'a pas fait un examen rigoureux des os et bien compréhensible si on n'a pas comme nous les éléments d'étude collectionnés depuis 20 ans, empêche de comprendre le mécanisme réel produisant ce génu-valgum spécial.

Les traités médico-chirurgicaux, dans leur désir de schématiser les questions, rangent les théories proposées pour expliquer le genu-valgum dans trois catégories : musculaire, ligamenteuse et osseuse. Evidemment, il y a des cas ressortissant uniquement à l'une quelconque de ces classes : le genu-valgum survenant à la suite d'un rachitisme général ou local en est la preuve. Mais il n'est pas démontré *qu'on soit autorisé à placer avec autant de certitude le génu-valgum des hémiplégiques infantiles exclusivement parmi les déviations appartenant aux théories musculaires. La paralysie est une cause importante, mais pour modifier l'os il doit en exister un autre*

aussi nécéssaire. La première ne peut produire isolément qu'un faux génu-valgum, c'est-à-dire une déviation corrigeable et où l'os n'ait subi aucune modification de la direction axiale. On cite des cas où l'impotence de certains muscles (muscles de la patte d'oie en particulier) avait amené une distension des ligaments internes de l'articulation du genou et consécutivement le baillement des surfaces articulaires à leurs parties internes. Pour que la déviation soit fixée, l'os doit présenter momentanément un certain degré de malléabilité au-dessus de son articulation, après quoi cette mollesse disparait et la direction de l'os redevenu rigide est irrémédiablement modifiée. C'est ce que produit le rachitisme sous l'influence du poids du corps : l'inclinaison normale du fémur s'accentue puis le ramollissement disparait et l'ossification fixe la disposition transitoire.

Mais l'os présente durant la croissance un certain degré de flexibilité : nous l'avons déja dit antérieurement, et nous le répétons ici pour l'extrémité inférieure de l'os. Tant que la croissance existe, le cartilage de conjugaison constitue un point faible au niveau duquel des modifications de l'inclinaison osseuse peuvent se produire. L'épiphyse restant fixe, la diaphyse peut diverger plus ou moins suivant les circonstances. C'est sur ce fait que M. Papillault (1) s'est appuyé pour expliquer la production de génu-valgum chez un géant et après lui Paul-Boncour a invoqué une théorie identique pour nos cas présentés à la *Société d'Anthropologie.*

Nous allons maintenant apporter d'autres preuves à ces théories.

Voici, en résumé, comment il faut comprendre les faits. A l'état normal le poids du corps se fait sentir sur l'extrémité supérieure du fémur et tend, par suite de son inclinaison héréditaire, à le repousser en dehors. Mais cet effet est contrebalancé par les ligaments latéraux de l'articulation et aussi par les muscles de la région interne de la

(1) *Mode de croissance chez un géant.* (*Société d'Anthropologie* 1899.)

cuisse dont la tonicité s'ajoute à celle des ligaments. Si par suite des circonstances la masse musculaire est insuffisante (faiblesse musculaire relativement au développement osseux dans le cas du géant, paralysie dans nos cas), l'inclinaison tend à s'exagérer; mais les ligaments ne permettant pas l'écartement des surfaces articulaires la déviation se fait nénamoins autour du cartilage de conjugaison. Pour cela, il faut que la croissance ne soit pas terminée.

On a noté la production du génu-valgum chez les individus qui, à l'époque où normalement la croissance se termine, continuent à grandir. Les sujets atteints de gigantisme sont dans ce cas : leur masse musculaire devient par ce fait insuffisante.

Nos sujets ont été atteints de leur affection hémiplégique durant cette période de croissance : leur musculature faible les a mis dans une situation analogue à celle dont nous venons de parler, et lorsque la croissance s'est terminée, l'os s'est solidifié dans la direction acquise. *Une autre cause* contribue encore à diminuer la résistance osseuse relativement au poids du corps : *c'est la persistance du cartilage de conjugaison* sur l'os malade. Il y a là une prolongation anormale de l'état infantile, de la croissance par conséquent, qui favorise l'exagération de l'inclinaison puisque la calcification s'y fait plus tardivement.

Des *preuves d'un autre genre viennent s'ajouter à ces explications.* On peut retrouver sur certains os malades les traces de cette déviation supra-condylienne. Sur les PLANCHES IV, IX, on remarque une courbure à convexité interne qui a pour résultat de relever la partie externe de l'extrémité inférieure et d'abaisser la partie interne, de sorte que la surface articulaire au lieu de regarder directement en bas est dirigé en bas et en dehors. Cette modification apparait nettement sur les PLANCHES. On voit aussi la différence que présente la juxtaposition des os dans la situation verticale. Si on leur imprime leur direction naturelle, c'est-à-dire les deux condyles appuyés sur un plan horizontal, la diaphyse de l'os malade prend alors une direction plus oblique. On peut examiner la PLANCHE

VIII représentant les mêmes os que la PLANCHE IV dans cette position naturelle et juger ainsi des résultats.

Faisons remarquer que Mac Ewen, avant nous, avait relevé cette courbure sur des fémurs atteints de génu-valgums d'origine purement osseuse ; et qu'il en faisait la lésion principale. M. Kirmisson (1) a fait aussi observer que cette incurvation du fémur a été la seule difformité rencontrée par lui dans un cas qu'il a communiqué à la *Société de chirurgie.* Peut-être parmi les faits rattachés à une théorie purement osseuse et où l'on fait intervenir le rachitisme parce que on ne trouve pas d'autres explications, y aurait-il lieu de rechercher si des circonstances particulières ne doivent pas être invoquées ?

Nos cas sont spéciaux, mais les faits observés s'en rapprochent souvent. Dans le *Traité de chirurgie,* M. Kirmisson remarque précisément que le génu-valgum se rencontre avant 20 ans autrement dit durant la croissance : il déclare aussi que l'affection se rencontre avec le plus de fréquence « sur les jeunes gens qui présentent une taille élevée avec un faible développement musculaire » et « chez ceux chez lesquels la croissance s'est faite rapidement. » Tous ces cas peuvent être expliqués sans qu'on ait besoin d'un ramollissement pathologique de l'os : et surtout de cette supposition souvent fantaisiste d'un rachitisme local !

Sur nos os il n'existe pas d'hypertrophie du *condyle interne* ni d'*allongement* de ce condyle pas plus que d'arrêt d'accroissement du condyle externe. Nous tenons à signaler cette remarque, parce que, à première vue, il semblerait en être autrement, et que l'erreur a été commise sous nos yeux. En tenant les os verticalement ainsi qu'il est représenté sur les PLANCHES V, VI et IX, il parait en effet que le condyle interne soit plus saillant que l'externe, mais si l'on met les os dans leur position naturelle, ceci n'existe plus. Or, nous nous demandons si, dans les observations relatant la forme des extrémités articulaires, on

---

(1) *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, tome VIII.

n'en a pas parfois donné une interprétation erronée, car on y lit que la surface articulaire présente une obliquité manifeste, que le condyle interne descend plus bas que l'externe. Le phénomène peut exister réellement, mais il est rare, et comme on ne fait pas mention en même temps du degré d'inclinaison, on peut supposer que les os furent examinés dans une situation défectueuse et que l'interprétation a été faussée par ce fait même.

Avant de terminer ce chapitre et d'entreprendre des considérations d'un autre genre, il faut nous expliquer sur l'exception (cas E) qu'on a pu remarquer sur le tableau C. Le porteur de ces fémurs était bien paralysé : l'observation recueillie dans le service de Bicêtre et les symptômes osseux en font foi. Il y a donc eu un phénomène particulier et on remarquera que d'après les chiffres indiqués (11° et 12°) et par comparaison avec les autres cas, c'est le fémur sain plutôt que le malade qui se sépare de la règle générale en tant que fémur normal. La juxtaposition des deux os n'indique pas qu'il y ait eu sur le fémur sain un développement musculaire bien considérable: les diaphyses se différencient à peine. (C'est le cas représenté sur la PLANCHE X) : l'indice pilastrique exprime bien que l'os sain était d'une vigueur supérieure, mais en comparant les éléments d'information on est en droit de supposer que néanmoins il y a eu un manque de corrélation entre le système musculaire et le système osseux. L'os sain, ayant supporté un poids supérieur, et ayant été pourvu malgré cela d'une musculature disproportionnée à son travail, a été le siège d'un phénomène identique à ceux que nous venons de signaler. Cette exception mise à part on est en droit d'affirmer que l'inclinaison plus prononcée *des fémurs malades dépend en partie de l'impotence musculaire favorisée par la flexibilité de l'os.*

Là encore il est inutile d'invoquer un trouble trophique d'origine centrale.

CHAPITRE IV

Résultats pratiques qui peuvent être déduits de l'étude précédente. Leur application au fémur.

Ce chapitre, qui est plutôt une sorte d'appendice à notre travail, a pour but de démontrer que les considérations qui précèdent ne sont pas purement spéculatives et que la clinique peut en retirer un bénéfice.

Pour nous en tenir au fémur, on va voir que sa longueur subit des modifications en sens inverse suivant la direction qu'on lui imprime : par conséquent sur le vivant la façon de procéder aux mensurations ne sera pas indifféreute, si l'on veut éviter des causes d'erreur. Un clinicien qui se pique de précision ne devrait pas ignorer les principes qui se dégagent de notre étude anatomique. En agissant autrement il arrive : ou bien que les observations relatant des cas d'hémiplégie infantile et voulant indiquer l'état des membres inférieurs se contentent de remarquer qu'il y a un racourcissement sans en donner la valeur : c'est absolument regrettable et cette façon d'agir témoigne d'une étude superficielle; ou bien que les observations constatent des différences de plusieurs centimètres sans indiquer les points de repère choisis : si les différences sont très marquées, cela n'a qu'une importance relative ; si, au contraire, elles sont minimes (et c'est le cas le plus fréquent), ces mensurations ont une valeur très discutable, puisque l'orientation de l'os a un effet considérable sur sa longueur, ce que nous allons démontrer.

Il y a un choix à faire parmi les procédés de mensuration auxquels on a recours : les classiques sont excellents lorsqu'on se trouve en face d'une affection autre que l'hémiplégie infantile ; mais pour cette affection où il s'agit surtout de comparer afin de se rendre compte du degré de racourcissement, il faut prendre sur le vivant la même mesure que sur un os isolé. Dans ce but nous allons étudier :

1° Les modifications que les variations d'inclinaison sont susceptibles d'apporter dans la longueur des os ;

2° La méthode à employer pour mesurer les os directement ;

3° Le procédé à suivre pour avoir sur le vivant des résultats précis.

Il y a une distinction à faire entre *les longueurs du fémur*. Quand on parle de la longueur d'un fémur, il est bon de spécifier ce qu'on entend par là. Cet os est, en effet, un de ceux sur lesquels on peut prendre plusieurs mesures et il est nécessaire de distinguer :

a) *La longueur maximum totale* c'est-à-dire celle qui comprend la plus grande longueur de l'os en projection. Dans ce cas, le bord interne de l'os est dirigé en bas, le condyle interne et la tête fémorale touchent seuls le plan horizontal sur lequel repose l'os.

b) *La longueur maximum trochantérienne*. Dans cette situation l'os reste placé comme précédemment, mais on mesure simplement la longueur maximum comprise entre l'extrémité du condyle le plus inférieur et le sommet du grand trochanter.

c) *La longueur totale de l'os placé en position*. Le fémur regarde en haut par sa face antérieure, les deux condyles sont appuyés contre un plan vertical et la diaphyse prend d'elle-même une direction plus ou moins oblique. On prend la longueur comprise entre le plan vertical et le sommet de la tête fémorale.

d) *La longueur trochantérienne de l'os en position*. Le fémur reste placé comme dans le cas précédent mais on ne mesure que la distance comprise entre le plan vertical et le sommet du grand trochanter.

Ces longueurs ne peuvent être employées indistinctement et sont d'inégale importance. A notre point de vue la seule longueur que nous puissions accepter est celle qui, permettant une comparaison entre les deux os d'un même individu, nous donne exactement la mesure d'un fémur considéré sur le vivant. On doit donc mesurer l'os en position. Cette mesure est la seule qui représente l'os avec l'obliquité naturelle de son axe. Dans notre cas parti-

culier ceci a une *importance capitale puisque l'inclinaison fémorale n'est pas identique des deux côtés.* Sans s'occuper des chiffres dès maintenant, qu'on veuille bien considérer l'une après l'autre les deux PLANCHES IV et VIII, on y voit les mêmes os étudiés d'une part dans leur longueur totale en projection, d'autre part en position ; et on comprend que la premiére façon de comparaison est *défectueuse puisqu'elle tend à augmenter la longueur de l'os qui est précisément le plus court par suite des troubles trophiques inhérents à la maladie.*

Nous prions de remarquer en outre, que d'après la PLANCHE IV, on croirait volontiers à une saillie du condyle interne, alors qu'en réalité c'est une erreur d'interprétation (1). Ce qui n'empêche qu'avec cette situation ni naturelle, ni physiologique *on augmente l'os malade d'une longueur absolument fausse.*

S'il faut examiner les os dans une situation oblique, il reste à savoir quel point de repère doit être pris à la partie supérieure. Est-ce la tête? Est-ce le grand trochanter ?

En se souvenant des considérations dans lesquelles nous sommes entrés à propos des variations de l'angle du col, et en examinant les PLANCHES, on saisit que l'*ouverture de l'angle a pour effet d'augmenter la longueur de l'os malade.* Le seul moyen d'éviter cette erreur est donc de prendre la longueur trochantérienne. Nous sommes ainsi amenés par un simple raisonnement à une conclusion pratique. En comparant les différentes mesures qui sont inscrite au tableau D on contrôle nos assertions.

1° On voit d'après ces chiffres que la *longueur maximum totale est inacceptable* : elle dénote une supériorité du fémur malade et même dans certains cas la différence est considérable : cela n'a rien qui puisse étonner, le fémur malade étant augmenté et par le fait de l'ouverture cervico-diaphysaire et par le fait de sa situation verticale qui fait saillir le condyle interne. Et faisons remarquer que le

(1) Nous avons dit pourquoi au chapitre précédent.

TABLEAU D.

Longueur fémorale en millimètres.

	LONGUEUR DES FÉMURS.	MAXIMUM TOTAL.	MAXIMUM TROCHANTÉRIENNE	TOTAL EN POSITION	TROCHANTÉRIENNE EN POSITION.
A =	Sain	437	423	435	422
A =	*Malade*	441	422	435	412
C =	Sain	419	398	414	395
C' =	*Malade*	430	403	424	396
D =	Sain	442	425	439	409
D' =	*Malade*	442	420	436	412
E =	Sain	449	433	448	435
E' =	*Malade*	462	435	453	424
F =	Sain	437	403	429	399
F' =	*Malade*	438	410	431	401
G =	Sain	458	442	455	440
G' =	*Malade*	458	445	452	439

col du fémur malade est plus court que celui du fémur sain : par conséquent il y a encore une correction légère à l'erreur qu'apporte cette position.

2° En éliminant l'ouverture angulaire, c'est-à-dire en prenant la *longueur maximum trochantérienne,* on élimine donc une des causes d'erreur, mais l'inclinaison de l'os n'est pas modifiée et dans plusieurs cas le fémur malade est encore supérieur au fémur sain. La saillie plus faible du grand trochanter tend à diminuer la différence, mais malgré tout les résultats sont mauvais.

3° En prenant la *longueur totale de l'os en position* on évite l'erreur causée par la situation verticale, mais on a de nouveau des résultats incertains en raison des variations de l'angle cervico-diaphysaire qui influencent les longueurs.

4° *Avec la longueur trochantérienne (l'os étant toujours en position)* la supériorité du fémur sain est constante. Il n'y a qu'un cas où il en est autrement, nous en avons donné l'explication.

Par conséquent en mesurant sur un hémiplégique vivant le raccourcissement d'un membre, on doit tenir compte des variations de l'ouverture de l'angle *cervico-diaphysaire et de l'inclinaison de l'axe fémoral.* Pour cela il faut prendre la *longueur comprise entre le sommet du grand trochanter et l'interligne articulaire.* Les autres mesures doivent être repoussées, que ce soit le procédé dit de Giraud-Teulon, que ce soit celui de Malgaigne, qu'on fasse aboutir supérieurement la longueur à un point quelconque de l'os iliaque où à l'ischion, toutes ces longueurs englobent des parties osseuses nullement équivalentes comme les os iliaques, ou n'éliminent pas les influences du col et de l'inclinaison diaphysaire.

Pour effectuer cette mensuration avec toute l'exactitude désirable, le mieux est de mesurer le sujet debout en lui faisant prendre un appui naturel sur ses deux membres. On se sert du compas glissière avec tiges indicatrices mobiles ou encore, ce qui est préférable, de la toise anthro-

pométrique. La recherche des points de repère est délicate, car on commet facilement des erreurs et par conséquent on arrive a des résultats incertains. Pour trouver le bord supérieur du grand trochanter, il faut déprimer la peau à plusieurs reprises, afin de bien se pénétrer des rapports de la masse osseuse. On peut aussi faire hancher le malade et ce n'est qu'après avoir comparé avec le côté opposé qu'on doit mesurer la distance qui le sépare de l'interligne articulaire. Celui-ci est situé à un centimètre 1/2 au-dessus de la tête du péroné ; en tout cas il faut se rappeler qu'il correspond généralement au pli articulaire postérieur. Il est bien entendu que dans ces mesures, c'est toujours la pointe de la glissière qni doit affleurer le point choisi.

CHAPITRE V.

L'impotence musculaire et son retentissement : 1° Sur l'humérus, 2° Sur le radius et le cubitus.

Variations de l'humérus, du radius et du cubitus.

Nous devrions répéter pour les os du bras et de l'avant-bras tout ce que nous venons d'énoncer au sujet du fémur. Les formes pathologigues dérivent d'une moindre activité musculaire et l'aspect nouveau ne constitue pas une forme anormale à proprement parler : il est possible de retrouver une forme correspondante à un moment donné de l'évolution normale des os au cours de la croissance.

Pour simplifier la discussion qu'il serait oiseux de rééditer (1), nous nous bornons : 1° à passer en revue les transformations des os longs du membre supérieur pendant la durée de la croissance en insistant sur le rôle du muscle;

---

(1) On peut trouver des détails plus complets sur la genèse des formes humérales, radiales et cubitales dans la communication de l'un de nous à la *Société d'Anthropologie* (Paul-Boncour), *Humérus et os de l'avant-bras, in Bulletins de la Société d'Anthropologie*, 1901, page 382.

2° à montrer qu'un os pathologique ne diffère d'un os sain que par un état moins avancé de l'évolution normale.

Humérus.

Transformation de la diaphyse pendant la croissance.

Au tiers supérieur chez le nouveau-né, l'humérus est aplati d'avant en arrière sur une coupe il est (*fig.* 4) elliptique, mais à sa partie antérieure il y a une gouttière limitée par deux bords arrondis et dont l'externe peut être

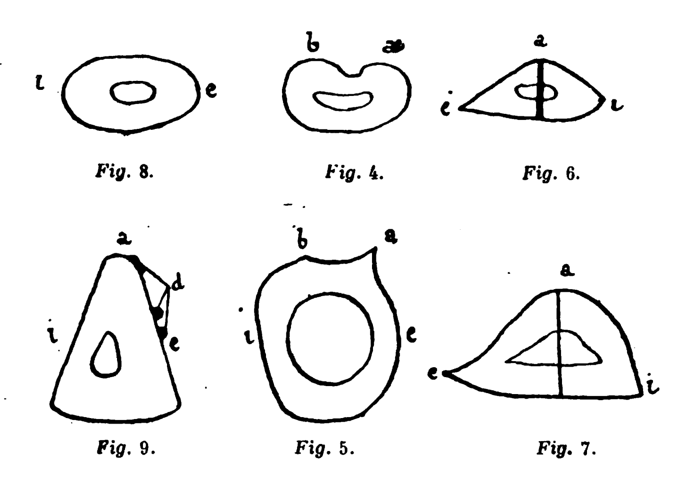


Fig. 8. *Fig.* 4. *Fig.* 6.

Fig. 9. *Fig.* 5. *Fig.* 7.

Coupes schématiques représentent l'humérus à plusieurs niveaux. — *Fig.* 4 et 5. Tiers supérieur ; — *a* et *b* bords de la gouttière ; — le bord externe a devient sur 5 le bord antérieur, *i* et *e* faces internes et externes. — *Fig.* 6 et 7. Tiers inférieur ; — a, bord antérieur ; — *e*, bord externe ; — *i*, bord interne. — Sur la *fig.* 7 agrandissement de la partie *a e* (ptère sus épicondylienne) ; — *Fig.* 8 et 9. Tiers moyen ; — L'os est aplati transversalement et triangulaire ; — la face interne *i* est aplatie (platyomie). Sur la face externe on voit les irrégularités du V deltoïdien *d*. La *Fig.* 8 représente un os de nouveau-né.

légèrement plus saillant que l'interne. Ajoutons que d'une façon générale l'os est rectiligne et que sa torsion est minime (nouveau-né 133°, — adulte 172°).

Sous l'influence des muscles les modifications suivantes sont survenues.

La lèvre externe de la dépression antérieure donnant insertion au tendon du muscle grand pectoral, l'activité de ce muscle va produire d'une part l'apparition de rugosités, d'autant plus saillantes, d'autant plus nombreuses que les mouvements musculaires auront plus d'intensité. Les rugosités atteignent, dans certains cas, un développement considérable en un point où les fibres du grand pectoral s'entremêlent avec celles du faisceau antérieur du deltoïde : cette variation existe sur les os particulièrement vigoureux. D'autre part, étant donné le sens suivant lequel agit le muscle gr. pectoral, et son influence sur l'activité du périoste excité par des fibres tendineuses insérées obliquement sur lui, l'ossification va être très active au niveau de l'insertion ; mais cet accroissement osseux se fait dans le sens de la traction, c'est-à-dire qu'en même temps que le bord se développe en hauteur et devient rugueux, il tend à s'avancer vers la partie interne et médiane de l'os. De cette translation vers la partie médiane de l'os il résulte :

1° Que la lèvre externe devient le bord antérieur de l'os, tout en continuant à limiter en dehors la coulisse bicipitale ;

2° Que le déplacement de cette lèvre externe a pour conséquence de dévier la coulisse bicipitale : cette gouttière sur un os de nouveau-né descend verticalement continuant la direction première donnée par l'échancrure placée entre les deux tubérosités de la tête. Elle est reportée vers la partie interne sur un os d'adulte ;

3° Que l'os d'elliptique devient triangulaire et qu'il se forme une face externe très étendue par suite du déplacement du bord externe de la gouttiére et de sa saillie *fig.* 5).

4° Il faut remarquer en outre que le bord antérieur n'est pas rectiligne, mais qu'il décrit une courbe à convexité interne. Cette modification est d'origine musculaire, elle correspond au point où a lieu le maximum de l'effort

musculaire. C'est en ce point que nous avons déjà signalé l'existence d'une rugosité (en forme de tubercule dans certains cas), plus volumineuse que les autres. Les deux faits se complètent donc parfaitement.

Au tiers moyen on retrouve encore l'action musculaire.

L'os qui tend à s'arrondir chez un nouveau-né (*fig.* 8) devient triangulaire par suite de la présence du tendon deltoïdien qui s'insère sur le prolongement du bord antérieur au-dessous du grand pectoral et agit également sur l'ossification. Mais la forme triangulaire est loin d'être parfaite pour deux raisons : en premier lieu, l'insertion du deltoïde s'étend sur la face externe et produit une série de saillies qui déforment l'os à ce niveau. Leur développement est en rapport avec l'activité du muscle : cela ne souffre aucune contradiction. En second lieu, chez un adulte, il y a un élargissement de la face interne de l'os et un aplatissement transversal de la diaphyse; cette variation très marquée sur certains os a été étudiée à plusieurs reprise et a reçu le nom de *platyomie* ou *platybrachie* (1).

Elle est mise sous la dépendance du muscle brachial antérieur, qui s'insère sur l'os par des fibres musculaires et tend à en modifier la surface de façon à l'adapter à son activité et à son degré de développement (*fig.* 5 et 9) en vertu d'un mécanisme analogue à celui que nous avons signalé pour la saillie pilastrique.

Au tiers inférieur, le muscle est encore l'agent des transformations. L'os jeune est aplati d'avant en arrière : il présente une arête antérieure arrondie que sépare les deux versants de l'os dont les dimensions et les formes sont semblables (*fig.* 6). Sur un humérus âgé, la partie *externe de l'extrémité inférieure* s'élargit considérablement (*fig.* 7) ; la surface se creuse légèrement, la concavité du bord externe tend à disparaitre. Cette modification nommée *ptère susépicondylienne* (2) sert à donner insertion à un muscle

(1) Étudiée par Lehman-Nietsche, Anoutchine, Manouvrier.
(2) C'est le nom donné par Manouvrier.

actif le brachial antérieur: et l'on conçoit fort bien que ce soit sur le versant externe et non sur l'autre que le muscle ait amené cette forme. Du côté interne nous avons vu le muscle produire de la *platyomie* à la partie moyenne de l'os, à la hauteur du V deltoïdien ; mais les rugosités de ce V occupent une partie importante de la face externe et le muscle ne pouvant prendre son extension à ce niveau, le fait à la partie inférieure et y produit la *ptère sus-épicondylienne.* Telles sont en résumé les transformations de l'os et leurs causes. Le muscle en est l'agent exclusif aussi son affaiblissement s'accompagne-t-il d'une moindre transformation.

Rappelons aussi que la cavité olécrânienne a une profondeur plus grande chez l'adulte par suite de l'impression répétée du bec de l'olécrâne. Son accentuation est le fait des mouvements plus intenses et elle peut aller jusqu'à la perforation. De même la torsion humérale est supérieure sur un os adulte.

Il suffit d'examiner les os des squelettes hémiplégiques du musée de Bicêtre, pour être convaincu que *les os malades présentent des modifications uniquement imputables au moindre développement des muscles et à une diminution de leur activité. Suivant le degré d'impotence ils représentent un stade plus ou moins avancé de l'évolution de l'humérus.* On y remarque toujours un développement moindre des crêtes d'insertion, un aspect plus grêle, et de plus, une différence variable dans les caractères énoncés plus haut : le bord antérieur est moins saillant, il est plus externe, son incurvation est moindre : les rugosités sont nulles ou moins accentuées : la face externe est moins large : la coulisse bicipitale n'est pas ou est moins déviée : la face interne ne présente pas de platyomie, sa surface est moins étendue, il n'y a pas de ptère sus-épicondylienne : la cavité olécrânienne est moins profonde : le degré de torsion est inférieur ainsi qu'en témoigne le tableau suivant :

Torsion des humérus (1).

Humérus sains . .	170°	149°	154°	168°	176°	169°	175°.
Humérus malades.	143°	100°	145°	169°	156°	162°	172°.

On pourra de même remarquer que les différences sont peu accentuées lorsque l'activité musculaire a subi peu de variations ou que l'évolution de l'os sain est d'autant moins marquée qu'on est à un moment moins éloigné de la naissance.

Os de l'avant bras.

Leur atrophie est extrêmement nette dans tous les cas d'hémiplégie. Cet arrêt de développement est d'ailleurs naturel, puisque la clinique nous enseigne qu'au membre supérieur la paralysie est très accentuée et qu'elle l'est plus à l'extrémité du membre qu'à la racine.

Laissant de côté les arguments tirés de l'action musculaire, c'est surtout à ce niveau qu'on remarque que *l'atrophie en longueur n'est nullement proportionnelle à celle en épaisseur*. Les os sont peu raccourcis, tandis que leur épaisseur est très atteinte. Ceci démontre que la croissance en longueur et celle en épaisseur n'obéissent pas aux mêmes causes de variations dans ce cas particulier. Ceci démontre aussi que les troubles trophiques ne sont pas d'origine centrale : dans ce dernier cas l'atrophie ne serait pas partielle il y aurait une atrophie en masse. L'impotence musculaire s'est opposée à l'évolution normale ; du côté sain, au contraire, les diaphyses se sont adaptées à leurs fonctions et ont fourni de larges surfaces d'insertion.

L'agrandissement se fait pour le radius et le cubitus dans la direction de l'espace interosseux c'est à dire que les deux os, par un mécanisme qui rappelle absolument l'aplatissement fémoral et la saillie pilastrique, s'aplatissent et offrent : 1° Deux faces, une face antérieure et une face postérieure correspondant aux faces latérales du fémur;

(1) Les humérus qui ont 168° et 169° différaient peu l'un de l'autre, car l'impotence musculaire était insignifiante. Cette exception confirme donc la règle.

2° un bord saillant intérieur, représentant le pilastre. Les beux bords intérieurs (externe pour le cubitus, interne pour le radius), sont opposés l'un à l'autre et limitent l'espace interosseux. Leur rapprochement est donc en raison direct du développement musculaire Aussi voit-on un espace interosseux élargi sur le membre hémiplégié, rétréci sur le membre opposé et limité par deux bords minces et tranchants. — Sur un avant bras de nouveau-né l'espace est relativement large, par suite de l'absence des bords interosseux.

NOTA. - Tous les raisonnements précédents peuvent s'appliquer au reste du squelette (tibia, péroné, omoplate, bassin, etc., etc. Les cannelures du péroné et leurs variations, la crète postérieure du tibia et son accentuation, tout cela est lié à l'activité musculaire de certains muscles et nos os malades présentent continuellemént ces modalités osseuses à un faible degré. — Nous nous en tenons à ce qui précède momentanément et nous nous proposons de reprendre les faits qui restent à d'autres points de vue.

IV.

Des hémorrhagies de la peau et des muqueuses pendant et après les accès d'épilepsie et de leur analogie avec les stigmates des extatiques ;

PAR BOURNEVILLE.

Quelques auteurs ont signalé des hémorrhagies de la peau immédiatement après l'accès épileptique. Tels sont Herpin, Kaposi, Apert, Gowers, etc. Elles consistent en un pointillé hémorragique, confluent, semblable à des piqûres de puce et constituant une variété de *purpura*. Bien que nous ayons vu un grand nombre d'épileptiques, hommes et femmes, adultes et enfants, nous n'avons que par exception observé cette complication de l'accès.

Dans un seul cas, celui de Vanden P..., l'éruption était généralisée. Les photographies que nous vous présentons en donnent une idée, mais non la représentation exacte. Le 14 août 1897, il a un accès d'intensité moyenne, à la suite duquel il se produit rapidement une éruption composée de petites taches occupant la face, le tronc et les membres. L'étendue des téguments occupée par elles paraît au moins égale à l'étendue de la peau restée normale. Les plus grandes taches ont à peine les dimensions d'une petite lentille. Elles ont une coloration rouge, pourprée, ne disparaissent pas par la pression. Leur maximum de confluence est au niveau des chevilles et des poignets. Il existe un léger œdème des paupières et des malléoles. Il ne s'est produit aucune hémorragie des muqueuses. Le 17 août, l'éruption est très atténuée ; le pointillé et les taches sont jaunâtres, l'œdème a disparu. Elle s'efface

complètement au bout de deux ou trois jours. Il n'a eu aucun symptôme général, les urines ne contenaient ni sucre, ni albumine.

Le plus souvent l'éruption est localisée au front, aux paupières, à la partie voisine des tempes, au cou, d'une apophyse mastoïde à l'autre ; elle s'étend parfois un peu au-dessus et au-dessous des clavicules. L'éruption a cessé en quelques jours, 10 ou 12 au maximum. Les accès auxquels elle a succédé n'ont point paru plus violents que d'ordinaire. Les accès survenus pendant l'éruption ne semblent pas la modifier. Le père de l'une de nos malades, Cast..., nous a affirmé avoir eu à 17 ou 18 ans un purpura tout à fait comparable comme aspect, siège et marche, à celui de sa fille, consécutivement à une violente colère) *purpura émotif*).

Nous rapprocherons de ces cas les *hémorragies de la conjonctive oculaire* formant de véritables ecchymoses, siégeant soit dans l'angle interne, soit dans l'angle externe des yeux. Celles-ci, au contraire des précédentes, c'est-à-dire du purpura, sont assez communes et peuvent faire penser aux personnes non prévenues que, dans l'accès, il y a eu un traumatisme grave de la base du crâne.

Chez une jeune épileptique, Gir..., atteinte d'une kérato-conjonctive aigüe, nous avons remarqué que, dans les accès survenus au cours de l'affection oculaire, la vaseularistion de la conjonctivite oculaire augmentait considérablement, au point de faire craindre un épanchement sanguin avec ecchymose.

Les épileptiques qui tombent en avant se blessent le visage : contusions avec ou sans plaies, éraflures, excoriations. Il y a intérêt à noter ce qui se passe durant des accès ultérieurs, au niveau des plaies superficielles.

Un de nos malades, Ennemond X..., appartient à cette catégorie. Le 16 juillet, il se fait une éraflure du nez. Le 16, dans un accès très léger, à la période congestive, le sang a coulé de l'éraflure, formant une sorte de trainée le long du nez. Chez le même malade, auparavant, dans un grand accès, ce n'est pas quelques gouttes de sang que nous avons vues sous l'influence de la congestion de la face : le sang a giclé d'une excoriation antérieure.

X... (G.), 18 ans, a son premier accès en novembre 1898 et le second en janvier 1899. Le troisième accès, survenu le 19 juin, a offert les mêmes caractères. On a eu beaucoup de peine a desserrer le col de la chemise. « Le cou paraissait très serré, plus que les autres fois, la congestion n'a pas été plus forte que d'ordinaire. *Une demi heure après, on a observé un piqueté hémorragique rouge lie de vin,* sur le front, les paupières, les régions mastoïdiennes, la moitié inférieure de la conjonctive oculaire. On a noté aussi des plaques rouges disséminées sur le cuir chevelu. Le piqueté *prédominait* sur le front. L'éruption qui, d'après le médecin, avait tous les caractéres du *purpura* disparut au bout de 18 heures. Il s'agit d'un jeune homme, grand, fort, et, comme nos autres malades, non sujet aux hémorragies.

Ces faits nous ont fait penser aux phénomènes qui se produisent chez certaines mystiques, les *stigmatisées.* Leur esprit est absolument concentré sur le siège des plaies du Christ : front, mains, pieds, côté.. Elles voudraient les voir saigner. D'où aussi, volontairement ou non, des attouchements, des frictions au niveau de ces régions, voire même des excoriations, en tout cas une diminution de la résistance de la peau et, finalement, au cours de l'attaque extatique, l'écoulement sanguin si ardemment désiré. Il s'opère de la même façon que l'épanchement de sang sous la conjonctive, que le suintement ou le giclage du sang d'une éraflure ou d'une excoriation au cours des accès épileptiques.

(1) Note communiquée au *Congrès des aliénistes et neurologistes,* session de Limoges, 1901. Par erreur, elle ne figure pas dans le volume des *Comptes-rendus* de ce Congrès.

V.

Idiotie symptomatique d'une sclérose atrophique limitée aux circonvolutions du coin gauche ;

PAR BOURNEVILLE ET CROUZON.

SOMMAIRE. — *Père : chorée à 13 ans, assez nerveux. — Grand-père paternel rhumatisant, mort probablement d'une rupture du cœur. — Grand'mère paternelle morte de la poitrine. — Arrière-grand-père paternel mort de la rupture d'un anévrysme. — Arrière-grand'mère paternelle morte de fièvre cérébrale. — Oncle paternel mort de la poitrine. — Mère, rien de particulier. — Grand'mère maternelle, migraineuse, crises hystériformes. — Arrière-grand-père maternel mort de la rupture d'un anévrysme. — Arrière-grand-père maternel mort d'une attaque d'apoplexie. — Cousin maternel hydrocéphale.*

Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 6 *ans.* (Père plus âgé.) — *Gémellarité dans les deux familles.*

Naissance à 8 *mois. — Arrêt de développement à la naissance* (1500 *gr. ; ongles à peine formés*). — *Convulsions dès le* 3e *jour, se répétant quotidiennement* 6 *ou* 8 *fois pendant* 15 *jours. Obésité à partir du* 3e *mois. Vertiges au réveil de* 3 *mois à* 18 *mois. — Durant la même période, crises convulsives tous les* 3 *mois prédominant à droite et durant deux heures (états de mal) ; tics multiples ; balancement du tronc, etc., cognements de tête, bave, grincement de dents. — Accès de colère, accès de cris la nuit.*

Première dent à 11 *mois. Dentition complète à* 26 *mois. Parole nulle. Coqueluche à* 18 *mois. Rougeole à* 2 *ans. Ictère à* 13 *ans. — Congestion pulmonaire ; mort.*

AUTOPSIE. — *Os du crâne peu durs, moyennement épais. Plaques transparentes. — Atrophie de tout le coin de*

l'hémisphère gauche ; atrophie moins accentuée du lobe occipital. — Hémisphère droit presque normal. — Inégalité de poids des hémisphères. Congestion pulmonaire double. Ectopie testiculaire double.

Guich... (Henri), né le 3 septembre 1883, à Amiens (Somme), entre à l'asile de Bicêtre le 6 juin 1887.

Antécédents (*Renseignements fournis par son père et sa mère les* 17 *et* 20 *juin* 1887). — **Père**, 37 ans, voyageur de commerce (vins), grand, mince, blond-roux, physionomie régulière, fume une ou deux pipes par jour. Jamais d'*excès de boissons* (n'est dans les vins que depuis six mois, avant négociant en lainage de velours à Amiens). Pas de convulsions dans l'enfance. *Chorée* à 13 ans. Pas de migraines ; pas de rhumatismes, pas de maladies de peau, pas de névralgie. Marié à 31 ans. — Assez nerveux, mais non emporté. — [*Père*, mort à 60 ans d'une *congestion cérébrale*, dans le cabinet du médecin, enlevé en quelques minutes (probablement une rupture du cœur en raison de la brusquerie du début par un étouffement), négociant en lainages ; sobre ; aurait eu un rhumatisme articulaire aigu. — *Mère*, morte à 36 ans de la *poitrine* (en 3 ou 4 ans), pas d'accidents nerveux. — *Grand-père paternel* mort à 70-72 ans d'un anévrysme (?) dans la rue en se promenant, sobre, pas d'autres détails. — *Grand'mère paternelle* morte à une trentaine d'années d'une *fièvre cérébrale*, était « extrêmement intelligente ». — *Grand'mère maternelle*, morte un ou deux mois après son mari de chagrin ; avait plus de 70 ans. — Un *frère* mort de la poitrine, 27 ans, sobre, pas d'enfants. — Une *sœur* bien portante, ainsi que ses deux enfants qui n'ont pas eu de convulsions. — Dans le reste de la famille, on ne connait aucune tare : pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas de paralytiques, pas d'idiots, etc., etc.]

Mère, 31 ans, s'occupe de son ménage ; pas de convulsions de l'enfance. Couperose de la face, même avant le mariage. A eu des boutons d'acné. Pas de migraines, ni de rhumatismes. Peu nerveuse ; pas d'attaques de nerfs. Physionomie régulière, intelligente ; grande, châtaine. Pas de maladies depuis le mariage. [*Père*, mort d'une affection du cœur à 58 ans, négociant en œufs, beurre, etc., sobre. — *Mère*, bien portante, mais se plaint de *douleurs de tête* depuis la ménopause ; autrefois, étant réglée, elle avait à ses époques des *migraines* qui duraient 3 jours ; très nerveuse ; aurait eu des *crises hystériformes*, sans perte de connaissance. Elle s'occupe de son

intérieur, sobre. — *Grand père paternel*, mort tout d'un coup, vers 60 ans, d'un anévrysme (?) en voyage. — *Grand'mère paternelle*, morte « d'une hydropisie de poitrine » à 72 ans. — *Grand père maternel* mort d'une *attaque d'apoplexie* (en avait eu deux), à 74 ans, sobre. — *Grand'mère maternelle* morte à 94 ans, était en enfance. — Deux *frères* ayant eu un et trois enfants, sont bien portants ; un enfant est mort en naissant, il avait la tête grosse « pleine d'eau » ; (le père de cet enfant avait épousé sa cousine germaine, il aurait eu à plusieurs reprises des polypes du nez). — Deux *sœurs :* une, mariée, a 3 enfants en bonne santé ; l'autre, 29 ans, non mariée « par peur des enfants et des tracas de ménage, » bien portante. — Pas d'aliénés, pas de suicidés, etc.]

Pas de consanguinité [Père d'Amiens ; mère née en Belgique, de parents français, originaires d'Abbeville]

Quatre *enfants* : 1° garçon, 5 ans 1/2, fort, intelligent, pas de convulsions, non nerveux, n'a été en retard pour rien ; — 2° notre malade ; — 3° et 4° *deux jumeaux*, 19 mois, bien portants (un garçon et une fille) ; pas de convulsions ; ils ont marché, le garçon à 14 mois, la fille à 16 mois ; ils commencent à parler. Leur médecin, le Dr Peulevé, aurait dit que la fille était de 3 semaines en retard ; elle n'avait pas d'ongles, cependant, assure la mère, « mes règles n'étaient pas revenues. » — (*Une cousine*, née d'une demi-sœur du grand père maternel de l'enfant a eu une fois une *couche double*. Du côté paternel un oncle paternel a eu deux jumeaux mort nés.)

Notre malade. — A la *conception*, père et mère bien portants ; ils n'avaient pas encore d'ennuis d'affaires ; la mère avait sevré deux mois auparavant son premier né, étant un peu fatiguée. — *Grossesse* assez bonne les premiers mois, puis fatigue pendant les derniers temps, la tête très basse, ce qui l'empêchait de marcher. Pas de traumatisme. *Frayeur* passagère due à la vue d'une souris qui se promenait à ses pieds ; pas de perte de connaissance, s'est remise au bout de moins d'une minute et en a ri. Pas d'envies de boire. — *Accouchement* trois semaines avant terme, naturel, sans chloroforme, cordon très mince « comme un porte-plume », pas de sang. *A* la *naissance*, pas d'asphyxie, il a crié de suite. Il était maigre, pesait trois livres, *avait les ongles à peine formés*, n'a tété qu'au 17e jour, a eu 5 nourrices en 3 semaines, on les trayait pour lui donner le lait ; le 2e jour cependant, avait tété sa mère convenablement.

Il a eu des *convulsions* le troisième jour : visage bleu, yeux tournés, bras et jambes raides; «on aurait pu le tenir comme une barre » puis il devenait mou. Il aurait eu 6 ou 8 crises par jour, durant de cinq minutes à une heure au maximum. Les convulsions ont continué jusqu'au 18e jour, toujours à peu près de même nombre. La rigidité était la même des deux côtés, pas de secousses cloniques. C'est dans les premiers jours des convulsions qu'on a cherché des nourrices, la mère étant faible.

A partir du 18e jour jusqu'à 3 mois, rien. Il devenait gros, fort, même à un degré exagéré. « On aurait dit qu'il avait les bras doubles. Il ne pouvait les tenir rapprochés, il tournait en graisse. » (On a fait faire sa photographie, mais on ne l'a pas fait tirer, parce qu'il était trop hideux).

A partir de trois mois, quand il a commencé à avoir ses dents, chaque fois qu'il se réveillait, jour et nuit, il avait comme un *vertige,* il poussait deux ou trois cris, jetait les bras en l'air, avait l'air effrayé « comme quelqu'un qui a le vertige. » Tout le corps se raidissait dans une secousse analogue à une secousse électrique, les yeux tournaient, la face pâlissait. Durée au plus une minute. — Pas de secousses isolées. — Ces crises sont venues tous les jours jusqu'à un an et demi, mais de un an à un an et demi, elles avaient diminué. Durant cette période, il lui est arrivé d'avoir à peu près tous les trois mois de *grandes crises convulsives* avec contractions de la face, battements des paupières, battements de la langue, claquement des dents, rigidité du corps et mouvements cloniques des membres, mais *prédominant à droite* ainsi que la rigidité. Ces séries duraient environ deux heures. La dernière grande crise a eu lieu à 18 mois. Il aurait eu 6 grandes séries ou plutôt des états de mal éclamptiques, d'une durée de 2 heures, 1 heure, 1/2 heure.

Depuis l'âge de dix-huit mois jusqu'à ce jour, l'enfant n'a plus eu de convulsions, ni de vertiges, mais il a été pris d'une *agitation choréiforme* ou mieux de *tics* : il est toujours en mouvement, balance son tronc d'avant en arrière, tapote la lèvre inférieure jusqu'à la faire saigner avec les quatre derniers doigts de la main gauche (jamais avec la droite), ou bien il regarde fixement la main gauche en l'éloignant et la rapprochant de son visage (pas de grimaces de la face, peu de mouvements des yeux). Depuis un an, il a pris l'habitude de se cogner la région postérieure de la tête ; quand il est couché, trouvant l'oreiller trop doux, il se cogne contre les

barreaux de son lit (pas de plaie, pas d'alopécie); se donne souvent des claques très fortes des deux mains, surtout s'il est contrarié.

Appétit bon, fait le mouvement pour porter à la bouche mais ne sait pas, ne peut pas boire; ignore l'usage de la cuiller. Pas de salacité. Mastication bonne depuis un an ; pas de vomissements, pas de rumination. Ventre souple et indolore ; selle quotidienne, gâtisme complet. Aime les caresses; cherchait, mais par des mouvements brusques à caresser sa bonne, à toucher ses cheveux. On assure qu'il ne voit pas clair; M. Peulevé aurait dit qu'il avait des pointes de cataracte. Le *strabisme* est consécutif aux premières convulsions. G... ne distingue pas les odeurs. — Bave par moments, moins depuis 6 mois. Pas de succion, *grince souvent des dents*. Pas d'onanisme. Pas de vers.

G... est sujet à des *accès de colère* quand on ne fait pas ce qu'il veut, par exemple le lever lorsqu'il est couché, ou le sortir de son chariot : il crie, trépigne, se raidit, sa face se congestionne et la colère cesse dès qu'on fait ce qu'il veut.

Depuis l'âge de dix-huit mois, on a essayé de le mettre au chariot. De 18 à 24 mois, il n'y restait que quelques minutes; à partir de deux ans, il s'y est peu à peu habitué : 1/2 heure, 3/4 d'heure, une heure; enfin il y reste maintenant deux heures. L'an dernier (juin), il marchait à peu près seul; il marche moins bien parce que l'hiver précédent on l'a moins sorti et que la naissance des deux jumeaux a occupé ses parents. Il ne s'aide en rien du tout. Sommeil très irrégulier, il n'y a que depuis 6 mois qu'il a commencé à dormir un peu régulièrement; auparavant, il dormait une heure ou deux, *criait* très fort « à l'entendre des maisons voisines », se rendormait une heure ou deux puis criait. Toutes les nuits, il en était ainsi, avec plus ou moins d'accès de cris. Pas de cauchemars, cependant on croit qu'il se réveillait en sursaut, comme s'il avait des saisissements. — Pas de griffures, parfois cherchait à mordre les bras de sa bonne.

Première dent à onze mois ; les autres ont poussé vite ; à 26 mois, il les avait toutes; n'a pas souffert des dents « qui sont jaunes ».

Parole nulle, réduite à *mam mam man !* qu'il répète quand il est content. — Il reconnait très bien sa bonne, reconnait un peu sa mère et son père et c'est tout. Il parait aimer la « *musique douce* » mais pas la « *forte musique* ».

Pas de croûtes dans les cheveux, pas d'ophthalmie, pas d'o-

tite ; dartres sèches à la face, mais pas de suintement ; aurait eu une adénite sous-maxillaire droite non abcédée ; pas de traumatismes ; a des engelures les hivers, « a toujours froid aux pieds, aime beaucoup la chaleur. »

Rougeole à 2 ans, moyenne. — *Coqueluche* à 18 mois, pendant quatre mois, quintes modérées. — *Jaunisse* l'an dernier (3 semaines). — Pas de scarlatine, pas de varioloïde. *Vacciné* au vaccin de vache. Pas de fièvre muqueuse, pas d'angine, etc.

On s'est aperçu, aussitôt après les convulsions qu'il n'était pas comme les autres enfants ; il ne semblait voir personne, ne cherchait pas à faire de petites caresses. — Soigné par M. Peulevé et une fois par M. Cazin : Bromure de potassium, bains de sel, de tilleul, sirop d'éther.

État actuel (17 *juin* 1887). — *Tête* asymétrique : côté gauche du front plus aplati que le droit ; bosse frontale gauche moins proéminente que la droite qui est très saillante. *Front* peu large et bas. Cheveux assez fournis, blonds, ainsi que les sourcils. Dépressions sus-sourcilières peu marquées. — *Nez* bien fait, droit. L'odorat semble nul. — *Yeux* gris, vert foncé ; *strabisme* divergent ; cils longs et fournis à la paupière supérieure, beaucoup plus courts et moins fournis à l'inférieure. Il va de soi que G... ne reconnaît pas les couleurs. — *Oreilles* régulières, bien ourlées, semblables des deux côtés. G... entend bien. — *Bouche* moyenne : lèvre supérieure très mince, lèvre inférieure plus grosse, avançante, fait la lippe. Voûte palatine plate. — Dents petites, écartées, arrondies. — *Menton* petit, un peu fuyant. Facies inintelligent.

Thorax bien développé. A la partie inférieure du dos, fossette coccygienne transformée en un véritable orifice canaliculaire.

Membres supérieurs gras, bien développés ; G. ne sait pas se servir de ses mains, pourtant il peut tenir les objets et tapoter sa tête avec la main gauche. — *Membres inférieurs* bien développés. Il marche tenu par la main.

Respiration, circulation, digestion bonnes : pas de vomissements, pas de rumination, ni de succion ; pas de salacité, ni de voracité ; n'est pas gourmand, mastication mauvaise, suce en mangeant. Selles quotidiennes, gâteux complet.

Organes génitaux : bourses bien développées ; testicules descendus, égaux, du volume d'une petite olive ; verge : longueur, 4 cent. $^1/_2$, grosseur, 4 cent. $^1/_2$. Phimosis complet et très étroit. Pas d'onanisme.

Parole nulle. *Tics* : Balancement antéro-postérieur du tronc, porte continuellement la main à la lèvre inférieure qu'il tiraille. *Cris* pour le moindre motif qui le fera rire l'instant d'après. *Colères* fréquentes. Difficulté de fixer son attention. Ne reconnait personne. Ni affectueux, ni caressant. Ne distingue pas si on le gronde ou si on le caresse ; rit ou pleure indistinctement, ne sait pas manger tout seul, même le pain ou les gâteaux ; ne sait pas boire non plus, ne sait se faire comprendre en rien. Pleure du matin au soir. Ne sait pas s'habiller, ni se déshabiller. Toilette nulle. Sommeil très agité.

1887. 23 *juin*. Depuis l'entrée, l'enfant a pris des bains d'amidon, du sirop d'iodure de fer, de l'huile de foie de morue. Il a fait quelques progrès au point de vue de la marche. Le *pied gauche* qui se renversait sur le bord interne est devenu plus solide et ne se renverse plus que rarement. G... marche assez bien tenu par la main ; il soulève moins bien le pied gauche que le pied droit (?).

Traitement : bains salés, sirop d'iodure de fer, exercices des membres (flexion et extension), frictions stimulantes, exercices de la marche.

29 *août*. — L'enfant se tient bien seul et marche facilement, s'il est tenu par la main.

5 *décembre*. — Vaccination sans résultat.

6 *décembre*. — Blépharite ciliaire double et bronchite légère.

7 *décembre*. — Bronchite, gros râles.

1888 *Janvier*. — Sort de l'infirmerie.. Même traitement.

25 *avril*. — Revient à l'infirmerie pour cyanose des pieds et œdème chronique. (Engelures.)

10 *mai*. — Apparition de plaques nombreuses d'*herpès circiné* sur le front, le sourcil droit et sur le menton.

1er *octobre*. — Verge : longueur, 4 c. 1/2, circonférence, 4 c. 1/2. Prépuce long, *phimosis* complet, bourses demi pendantes. Testicules égaux remontant dans l'anneau, de la grosseur d'une petite olive.

16 *octobre*. — Angine érythémateuse.

15 *décembre* — Cyanose et œdème des jambes et des pieds.

4 *janvier*. — Persistance de l'herpès.

1889. 25 *février*. — Guérison : le petit malade ne présente plus de plaques où les cheveux se cassent. La tête est encore

couverte d'écailles blanchâtres, adhérentes. Lotions glycérinées.

12 *mars*. — Les écailles ne sont pas toutes tombées et on trouve à leur niveau des cheveux cassants.

Septembre. — L'enfant s'éveille souvent pendant la nuit, en criant et en pleurant; tire toujours la lèvre inférieure; gâteux jour et nuit, il a beaucoup d'engelures aux pieds.

Octobre. — Il est très rageur, pleure pendant des heures entières, surtout quand on l'habille et le déshabille.

24 *octobre*. — Corps glabre, sauf dans l'espace interscapulaire où il existe un léger duvet blond, les deux testicules sont dans les bourses de volume égal à celui d'une noisette. Gland découvrable, méat normal. Verge : longueur 56^{mm}. circonférence 45^{mm}.

Novembre et *Décembre*. L'enfant a des engelures aux pieds qui l'empêchent de marcher et qui l'ont forcé à garder le lit pendant une quinzaine de jours; il crie continuellement et se met facilement en colère.

1890. 6 *janvier*. — *Rougeole* :

8 *janvier*. — L'éruption a complètement disparu. Epistaxis légères, mais persistantes depuis deux jours.

30 *janvier*. — *Exeat*. — *Puberté* : visage et menton glabres; pas de poils sous les aisselles, ni au pubis. Verge 45^{mm} de longueur, 40^{mm} de circonférence. — Prépuce long, pas de phimosis. Bourses pendantes. Testicules de la grosseur d'une olive. Périnée glabre. Anus normal.

Août-octobre. — Pas de progrès. — Gâte le jour et la nuit.

1891. 31 *janvier*. — Météorisme, pas d'ascite. Exagération de la circulation collatérale des parois abdominales. Selles régulières et quotidiennes. — Traitement : 30 gr. huile de ricin

L'enfant a toujours la teigne. Pas de progrès pour la marche. Quand on veut le faire marcher, il porte ses pieds en arrière comme s'il voulait se mettre à genoux. Caractère pleureur.

15 *juin*. — Météorisme sans ascite avec élargissement considérable des hypochondres. Pas de constipation, pas de diarrhée. Cuirasse de collodion.

1892. 16 *mars*. — L'enfant a la teigne tondante très intense au sommet de la tête. Epilation et lotions parasiticides.

9 *avril*. — Pas d'amélioration de la teigne. Depuis trois jours environ il est survenu au sommet de la tête un petit

abcès agminé, d'aspect furonculeux. Ouverture du furoncle: pus épais, jaune, filant. Pansement au sublimé.

20 *avril.* — Tout le sommet de la tête étant épilé, friction au sublimé éthéré et application de gutta-percha dissoute dans le chloroforme.

5 *juin.* — État assez satisfaisant; les pustules du sommet de la tête ont disparu. Même traitement. — L'enfant est atteint d'un *tic* qui consiste à saisir avec le pouce et l'index sa lèvre inférieure et à opérer ainsi sur elle, des tractions répétées et très-rapides avec un geste analogue à celui des personnes qui émiettent du pain. Sous l'influence de ces tractions répétées, la lèvre est devenue volumineuse et s'est allongée considérablement. Elle modifie désagréablement la physionomie de l'enfant

24 *juillet.* — *Puberté* : Visage glabre. Thorax, aisselles, pénil, membres glabres. Verge longueur : 6 centimètres. Circonférence : 4 cent. *Phimosis.* Testicules remontés. Érythème intense au pli inguino-crural et à la région anale. Cet érythème serait dû à un tic que possède l'enfant de se frotter continuellement les cuisses l'une contre l'autre et le scrotum avec un talon, étant couché sur le côté.

30 *septembre.* — Recommence à faire quelques progrès pour la marche. — Traitement : 3 bains salés par semaine. Sirop d'iodure de fer. — Huile de foie de morue. Exercices de marche. Pour la teigne, continuer les lavages et les frictions au sublimé.

28 *octobre.* — L'enfant était presque guéri de sa teigne. Récemment, il lui est survenu une éruption pustuleuse au sommet de la tête, qui nécessite encore un traitement prolongé. — L'enfant doit causer ses éruptions par les mouvements répétés et les frottements de la tête contre ses draps, lorsqu'il est au lit.

5 *novembre.* — *État du malade. État général :* Visage peu coloré; adiposité médiocre. L'enfant n'a pas l'air maladif. Sa physionomie exprime la bestialité et le dégoût. *Peau* blanche. Pas de ganglions engorgés. *Cheveux* blonds bien implantés ; teigne tonsurante.

Tête. Crâne de volume moyen, peu allongé ; bosses peu développées. Front étroit et bas. — Visage proéminent, prognathisme très-accentué. Fentes palpébrales grandes, légèrement obliques de dehors en dedans et de haut en bas. Sourcils blonds assez abondants, transversaux. Cils longs, bien implantés. Orbites assez creux et grands, arcades sourcilières saillantes. *Yeux*, léger *strabisme* divergent de l'œil gauche, pas

de nystagmus. Iris jaune verdâtre. Pupilles dilatées et égales à réaction normale. Examen fonctionnel de l'œil impossible. En lui montrant néanmoins plusieurs couleurs, on constate nettement que le rouge orangé attire surtout ses regards *Nez* camard à lobule volumineux, très-légèrement busqué à son extrémité, ailes aplaties, volumineuses. Narines assez larges, regardant directement en bas. Odorat et sensibilité nasale presque nuls.

Pommettes saillantes, régulières. — *Bouche*, grande, horizontale. Lèvres lippues : l'inférieure dépasse de 1 c. 5 la supérieure. *Menton* large.

Palais aplati, ne formant pas la cavité normale, mais presque plan, voile du palais large. Luette moyenne. Amygdales assez volumineuses. *Dents* implantées assez régulièrement, mais obliques en avant, comme celles des frugivores. Les dents supérieures passent, grâce à une plus grande obliquité, par dessus les inférieures. Ces dents sont courtes et implantées à une certaine distance les unes des autres. *Goût* nul.

Oreilles larges, longues, assez bien ourlées, à conque profonde, à lobule détaché et peu développé, s'écartant beaucoup à leur partie supérieure de la paroi crânienne. Conduit auditif externe dirigé horizontalement. *Ouïe* : l'enfant entend, mais paraît entendre mal ; pour fixer son attention, on doit frapper fortement les mains à côté d'une de ses oreilles et ce n'est que quelques secondes après qu'il se retourne. Il semble qu'il existe un retard assez considérable dans la perception des sons ou dans l'exécution de l'acte qui s'établit ensuite sous leur influence. Les *joues* de l'enfant sont charnues, épaisses : les plis nasolabiaux, égaux, se creusent nettement. Le visage se congestionne sous l'influence des contrariétés et des émotions. Un duvet fin recouvre la partie supérieure des joues et les faces latérales du front.

Cou : circonférence, 25 cent; pas de goître, sternocléido-mastoïdiens saillants.

Membres supérieurs normaux, peu musclés. Mains assez normalement constituées ; ongles bien implantés. Un léger duvet recouvre les membres supérieurs.

Thorax : il présente des déformations : très large à la base, la région sternale est en retrait sur les régions latérales. Vers les 4e ou 5e côtes, en avant, le thorax fait saillie. Muscles peu saillants. Rien d'anormal à la percussion, ni à l'auscultation. La partie postérieure du thorax est recouverte d'un duvet abondant et assez long.

Abdomen de batracien, très développé, présentant une cir-

conférence de 82 cent. à 4 cent. au-dessus du nombril (partie la plus large). Des veinosités nombreuses s'étendent sur l'abdomen et sur le thorax. La cicatrice ombilicale est légèrement saillante. Tout l'abdomen résonne à la percussion et le foie semble de petit volume. Malgré le tympanisme léger, pas de diarrhée.

Région anale. Les fesses petites, peu charnues, rouges, présentent des cicatrices nombreuses de pustules. L'anus n'offre rien de particulier. Au niveau de la pointe du coccyx, invagination de la peau semblant être l'orifice d'une ancienne fistule (?).

Cuisses en parenthèse, peu musclées, recouvertes de duvet. Réflexes tendineux, rotulien et tricipital exagérés.

Jambes et *pieds* livides, violacés, à température bien moins élevée que celle des mains. Pieds œdématiés, en équin valgus, recouverts d'engelures et offrant à leur surface dorsale de nombreuses cicatrices.

La *sensibilité* à la piqûre et à la température existe sur toutes les parties du corps. Pas de retard dans les réactions musculaires se produisant à la suite de ces excitations.

Intelligence à peu près nulle : G... paraît comprendre quand on l'appelle par son nom ; il ne veut absolument rien tenir dans ses mains, pourtant il commence à boire au verre. Il commence aussi à marcher dans son chariot ; c'est le seul point sur lequel il a fait de réels progrès : c'est un type d'*idiotie complète*.

1892. 9 *novembre.* — Les parents habitent Paris depuis 6 ans. Le préfet de la Somme réclame l'enfant pour l'asile de Dury-lès-Amiens. — Depuis le placement de l'enfant, les parents ont perdu leur petite *jumelle* d'une angine consécutive à la rougeole ; pas d'autre décès dans la famille. — L'enfant présente toujours un tympanisme prononcé.

Traitement : huile de foie de morue, sirop de fer, 2 bains salés par semaine. — Purgation toute les semaines (25 gr. d'huile de ricin).

18 *novembre.* — Le certificat de transfert est établi.

19 *novembre.* — Une lettre du médecin en chef de l'Asile de Dury-lès-Amiens autorise le maintien de l'enfant à l'Asile de Bicêtre.

1893. 13 *janvier.* — L'enfant a eu récemment une légère *éruption pustuleuse*, au sommet de la tête. Cette éruption est actuellement guérie. État satisfaisant. Traitement : sublimé à 1/2000.

29 *mars*. — Amélioration très notable. Même traitement.
17 *mai*. — Guérison de la teigne. — On continue le traitement.

1894. *Janvier*. — *Puberté* : léger duvet sur le pubis. Verge : longueur, 0^m, 06 ; circonférence : 0^m, 05. Prépuce long, gland découvrable, le testicule droit est descendu ; le gauche est à l'anneau. Léger duvet à l'anus.

1895. — *Puberté* : pas de poils aux aisselles, ni aux organes génitaux. Verge : 6 cent. de longueur, circonférence : 5 cent. Prépuce excessivement développé. Pas de testicules dans les bourses. — Exercice des jointures et de la marche ; douches.

1896. 8 *juillet*. — Continuer les douches. Raser la tête. Mettre un vésicatoire sur la moitié de la tête. 15 jours après en mettre un autre sur le côté opposé. Pas de progrès chez cet enfant ; il ne comprend rien, ne connaît personne ; gâteux, ne peut pas se tenir debout. Passe une partie de la journée, les mains dans la bouche.

Puberté : visage et corps glabres, un seul testicule dans les bourses, gros comme une noisette ; le testicule gauche est arrêté à l'anneau. Verge : longueur 7 cent., circonférence 5 cent. Phimosis. Anus normal.

1897. 20 *janvier*. — Est entré à l'infirmerie pour un *paraphimosis*. Après réduction facile, le prépuce reste œdématié, mais pas de sphacèle, ni d'éraillure. C'est la seconde fois que cet accident lui survient. Son état général reste stationnaire. Il jette des cris par intervalle, pourtant il ne paraît pas souffrir, il mange et boit bien. Les vésicatoires posés il y a quelques mois n'ont produit aucun effet.

Puberté : visage et corps glabres ; un seul testicule dans les bourses, gros comme un œuf de merle ; le gauche est arrêté à l'anneau. Anus normal. Verge : longueur 7 cent., circonférence 6 cent.

1898. *Juillet*. — L'enfant est à l'infirmerie. Même état : ne comprend rien du tout, ne connaît personne, attention absolument nulle. Grand gâteux.

1899 *Janvier*. — *Puberté* : Visage, aisselles, tronc, membres, pénil, périnée glabres, testicules en place, gros comme un œuf de merle. Anus normal. Mêmes dimensions de la verge. circonférence : 3 c. 1/2.

Juillet. — L'enfant maigrit énormément, quoiqu'il s'alimente bien. Souvent il jette des cris perçants, prolongés. La déchéance a subi un léger temps d'arrêt.

1900. — *Puberté.* Joues : fin duvet. Lèvres, aisselles, thorax, glabres. Pubis : poils de 3 à 4 cent. Testicules égaux gros comme un œuf de merle. Verge : longueur : 5 c., circonférence 4 c. 1/2.

Entre quelque temps à l'infirmerie ; en sort toujours dans le même état de maigreur. Jette souvent des cris le jour et la nuit. Mange bien. Dort peu.

10 *février.* — Même état ; mange beaucoup et néanmoins maigrit ; depuis quelques jours, diarrhée.

15 *février.* — La diarrhée n'existe plus ; G... mange très bien et dort mieux.

4 *mars.* — On descend l'enfant à l'infirmerie à 5 heures. La face est pâle, les paupières gonflées, les pupilles dilatées et égales ; les membres sont raides. L'enfant pousse quelques cris de temps en temps. — 5 *mars.* — Mort à 4 heures.

Température après décès.

	Corps.	Chambre.
Aussitôt la mort	34°	15°
1/4 d'heure après la mort	34°	15°
1 heure après	30°	15°
2 heures après la mort	28°	15°
3 heures — —	20°	15°
9 — — —	18°	15°
12 — — —	15°	15°

Autopsie *faite le* 7 *mars* à 10 heures du matin, soit 42 heures après décès.

Tête. — *Cuir chevelu* maigre, pâle. — *Os du crâne* plutôt minces, peu durs ; plaques transparentes. — *Sutures* : elles persistent partout et sont finement dentelées. La suture métopique est oblitérée. Il existe au niveau de la fontanelle antérieure, un os wormien de 0m012 sur 0m015. Les sutures pariéto-occipitales sont sinueuses, sans os wormiens. Les sutures, ainsi que les limites de l'os wormien se voient très bien à la face interne. — *Liquide céphalo-rachidien* en très petite quantité. La *dure-mère* parait un peu épaisse. Il existe quelques petits caillots dans les sinus. L'apophyse cristagalli est triangulaire et lamelliforme. La *glande pituitaire* a son volume ordinaire et une coloration rouge foncé. — Les

différentes cavités de la base paraissent normales ainsi que le trou occipital. — Les *nerfs* et les *artères* de la base de l'encèphale semblent égaux et symétriques. La *glande pinéale* n'offre rien de particulier. La *pie-mère* ne présente qu'une vascularisation très modérée. La *protubérance* et le *bulbe* (olives et pyramides) n'ont rien de particulier à l'œil nu.

HÉMISPHÈRE CÉRÉBRAL GAUCHE. — La scissure de Sylvius (Sc. S) est profonde, normale ; ses rameaux ascendant et horizontal n'offrent rien de notable. Le sillon de Rolando est sinueux, présente deux convexités antérieures et trois postérieures et se termine au niveau du rameau ascendant de la scissure de Sylvius.

Lobe frontal. — La 1re circonvolution frontale (F^1) est unie par un pli de passage à la frontale ascendante et par un pli de passage, situé à la partie antérieure du lobe, à la deuxième frontale. Celle-ci (F^2), sinueuse, est unie par un pli de passage à la frontale ascendante et à la 3e frontale en avant, à la 3e frontale seulement en arrière ; elle est très développée et divisée à sa partie moyenne en deux parties par une scissure horizontale supplémentaire (sc. f. ss). La 3e frontale ($F.^3$) est peu développée. La scissure frontale supérieure (sc. f.s) est normale, sinueuse. La scissure frontale inférieure (sc. f i) est moins accentuée. La scissure parallèle frontale (sc. p. f.) est assez courte, sinueuse.

Lobe pariétal. — La scissure interpariétale (sc. ip.) est sinueuse. La scissure parallèle (sc. p.) est courte. Les trois circonvolutions pariétales ne présentent rien de particulier. Elles sont unies par des plis de passage aux 1re et 2e temporales (T^1 et T^2).

Lobe temporal. — Les circonvolutions temporales (T^1, T^2, T^3) sont normales. T^1 et T^2 sont unies au lobe occipital par des plis de passage. Les circonvolutions occipito-temporales sont sinueuses, *très peu développées*, et forment un contraste avec les circonvolutions pariétales : l'*atrophie* commence au niveau des plis de passage.

Face interne. — Ce qui frappe avant tout, c'est *l'atrophie* du *coin* et *de la partie postérieure* du *lobe occipital*. La partie comprise entre la scissure perpendiculaire interne (sc. p. i) et la scissure calcarine (f. ca) est composée de circonvolutions plus blanches, de moindre volume surtout dans la partie supérieure qui répond au pli de passage pariéto-occipital.

- Le *lobule paracentral* (L. P.), le lobule quadrilatère (L. Q. les scissures calloso-marginale (sc. c. m.) et sous-pariétale (sc. s.-p.) ne présentent rien de particulier.

Les *circonvolutions frontales, temporales* et la *circonvolutions du corps calleux* sont normales.

HÉMISPHÈRE DROIT. — Il est presque complètement normal. *Face externe.* La scissure de Sylvius (Sc. S) est profonde, le sillon de Rolando (S. R) est sinueux comme du côté gauche. La scissure perpendiculaire externe est bien marquée.

Lobe frontal. La scissure frontale parallèle (sc. p. f.) est incomplète, coupée par un pli de passage entre la 2e frontale (F^2) et la frontale ascendante (Fa). F^1, F^2, F^3 n'ont rien d'anormal.

Lobe pariétal. La scissure inter-pariétale est complète ; les circonvolutions pariétales sont bien développées.

Lobe temporal. La scissure parallèle (sc. p.) est bien marquée, les 3 circonvolutions T^1, T^2, T^3 sont de volume normal.

Lobe occipital. Le lobe occipital a un volume ordinaire. Il est toutefois à remarquer que les circonvolutions temporo-occipitales et pariéto-occipitales sont un peu grêles.

Face interne. — Au niveau du coin et des circonvolutions To^1, To^2, un peu d'*atrophie*, mais sans qu'il y ait rien de semblable à l'atrophie du coin de l'hémisphère gauche. — Les lobes frontal, temporal, le lobule quadrilatère et la circonvolution du corps calleux sont normaux. Les scissures calloso-maginales, calcarine, perpendiculaire interne, sous-pariétales, sont normales. — *Pas d'épaississement de la pie-mère,* qui, partout, se détache très bien.

Cou et thorax : pas de persistance du *thymus*; le *corps thyroïde* n'offre rien de particulier. Il en est de même des plèvres, et du péricarde. — Les deux *poumons* sont assez fortement congestionnés à la base. — *Cœur*: les parois du ventricule gauche sont assez épaisses, tandis que les parois du ventricule droit sont minces. L'orifice mitral admet difficilement l'extrémité de l'auriculaire. La valvule est suffisante, mais ses valves sont épaissies assez considérablement en comparaison de celles de l'orifice tricuspide. Rien de particulier à l'orifice aortique, ni au cœur droit. Pas de persistance du trou de Botal.

Abdomen. — *Foie* très congestionné, *vésicule biliaire* pleine de bile verte. *Rate* normale; petite rate supplémentaire. — *Capsules surrénales*, rien; les *reins* se décortiquent difficilement, ils sont rouges et durs. *Pancréas* et *intestins,* rien à signaler. *Estomac* dilaté. — *Appendice vermiculaire* petit, mince, mesurant 3 cent.; il est relié au cœcum. — *Vessie* distendue

par une urine limpide, claire, d'odeur ammoniacale, légèrement alcaline. Elle contient 5 gr. 85 d'urée par litre; ni sucre, ni albumine. Les deux *testicules* sont en ectopie dans le canal inguinal. — *Cause de la mort : congestion pulmonaire.*

Tableau du Poids et de la Taille.

	1887	1888		1889		1890		1891		1892		1893	
	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.
Poids........	13.500	12.500	12.500	12.500	13.900	13. »	14. »	14.900	19. »	19. »	»	23. »	»
Taille........	0.91	0.91	0.91	0.925	0.925	0.93	0.935	0.94	0.98	0.98	»	1.05	»
	1894	1895		1896		1897		1898		1899		1300	
Poids........	17. »	19.200	»	15.800	17.700	16. »	17. »	17. »	16.800	16. »	15.200	14.500	»
Taille........	1.05	1.06	»	1.06	1.10	1.10	1.10	1.10	1.12	1.12	1.15	1.15	»

Poids après décès : 13 k. 200.

Mensurations de la tête.

MESURES DE LA TÊTE.	1887 Juil.	1888 Janv.	1889 Janv.	1890 Janv.	1891 Janv.	1892 Janv.	1893 Janv.	1894 Janv.	1895 Janv.	1896 Janv.	1897 Janv.	1898 Janv.	1899 Janv.	1900 Janv.
Circonférence horizontale maxima	46	46	46.5	46.5	46.5	46.5	47	47	47	47	47	47	47	47
Demi-circonférence bi-auriculaire	29	29	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	32	32
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	31	32	32	32	32.5	33	33.5	34	34	34	34	34	34	34
Diamètre antéro-postérieur maximum	15.5	15.5	15.5	15.5	15.5	15.5	15.5	15.5	15.5	16	16	16	17	19
— bi-auriculaire —	10	11.5	11.5	11.5	11.5	11.5	11.5	11.5	11.5	11.5	11.5	11.5	12	12
— bi-pariétal —	13	12	12.5	12.5	12.5	13	13	13	13	13	13.5	13.5	14	14
— bi-temporal —	»	»	»	»	»	»	»	»	12	12	12	12	12	12
Hauteur médiane du front	»	»	»	»	»	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Membres supérieurs.

	1895		1896		1897		1898		1899	
	D.	G.	D.	G.	D	G.	G.	D.	G.	D.
Circonférence au niveau de l'aisselle	175	170	175	170	180	175	180	175	180	175
Circonférence à 0m10 au-dessus de l'olécrâne	170	160	170	160	170	160	170	160	170	160
Circonférence à 0m10 au-dessous de l'olécrâne	170	16.	170	165	175	170	175	170	175	170
Circonférence au niveau du poignet	125	115	125	115	135	130	135	130	135	130
Circonférence au niveau du métacarpe	135	130	135	130	135	130	135	13	135	130
Distance de l'acromion à l'olécrâne	225	210	225	210	225	22.	225	220	225	220
Distance de l'olécrâne à l'apophyse styloïdienne du cubitus	195	18.	195	180	195	190	195	190	195	190
Distance du cubitus à l'extrémité du médius	120	120	120	120	120	120	120	120	140	130

Membres inférieurs.

	1895		1896		1897		1898		1899	
	D.	G.	D.	G.	D.	G.	D.	G.	D.	G.
Circonférence au niveau de l'aine	285	270	285	270	290	280	290	280	290	280
Circonférence à 0m10 au-dessus de la rotule	245	225	245	230	250	240	250	240	250	240
Circonférence à 0m10 au-dessous de la rotule	205	195	210	200	220	210	220	210	220	210
Circonférence au niveau du cou de pied	165	155	170	155	175	160	175	160	180	170
Circonférence à la partie moyenne du pied	185	180	19	180	200	190	200	190	200	190
Distance de l'épine iliaque ant.-supér. à l'interligne articulaire du genou	325	320	325	325	330	325	330	325	330	325
Distance de l'interligne à la malléole externe	225	220	225	220	225	220	22.	220	240	230
Distance de la malléole exter. à l'ext. du medius	40	135	140	135	150	140	150	140	150	140

Poids des organes.

Encéphale	955 grs.
Cerveau	793
Hémisphère cérébral droit	412
— — gauche	381
Hémisphère cérébelleux droit	70
— — gauche	70
Bulbe et protubérance	22
Cervelet et isthme	162
Moelle épinière	30
Corps thyroïde	5
Thymus	pas
Cœur	40
Poumon droit	245
— gauche	240
Foie	460
Rate	35
Rein droit	52
— gauche	55
Pancréas	25

Examen histologique.— Au niveau du coin gauche et du coin droit, nous avons prélevé une coupe intéressant plusieurs circonvolutions. La pièce avait été préalablement fixée et durcie au formol : elle a été incluse dans la celloïdine et débitée en coupes microscopiques. Les colorations employées ont été l'hématoxyline alunée, l'hématoxyline-éosine, l'hématoxyline avec coloration de Van Gieson, le picrocarmin.

Les *lésions* constatées au niveau du coin gauche et du coin droit sont de même nature. On remarque tout d'abord que les *circonvolutions* sont *grêles*, très nettement inférieures en dimensions aux circonvolutions normales. La décortication du cerveau, avec les méninges, a entraîné une certaine partie de la substance grise corticale On retrouve, toutefois, au fond des sillons séparant les circonvolutions, les méninges et la substance grise adhérente qui ont été laissées en place. La pie-mère à ce niveau est altérée : ses vaisseaux sont dilatés; on trouve de la périartérite en plusieurs points. La couche la plus superficielle de la *substance grise* a disparu uniquement au niveau de la surface des circonvolutions; on la retrouve au fond des sillons. On peut alors se rendre compte à peu près qu'elle est constituée par la plus grande partie de la couche moléculaire. Dans les régions où la couche moléculaire existe intacte, elle est infiltrée de cellules rondes et les cellules nerveuses y sont très rares.

La couche pyramidale est partout conservée, mais elle est,

elle aussi, infiltrée d'un grand nombre de cellules rondes. Enfin la couche sous-jacente de la substance grise n'est pas nette.

La *substance blanche* nous montre une grande prolifération de tissu névroglique. Les seules colorations qui aient pu être employées ne permettent pas d'étudier les fibres nerveuses. En résumé, on se trouve en présence de *lésions des méninges*, *d'atrophie des circonvolutions* et de *sclérose de la substance corticale grise et blanche.*

Moelle. — Des morceaux de diverses hauteurs ont été inclus à la celloïdine et coupés. Les *cellules nerveuses* n'ont pas paru altérées sur les coupes colorées au carmin-natron. Quant aux *fibres nerveuses*, leur étude n'a pu être faite qu'incomplètement : la pièce n'ayant pas été chromée, la méthode de Weigert ou celle de Pal n'ont pu être employées. Nous avons tenté la coloration par la teinture d'orcanette, préconisée par Achard, et elle a été suffisamment réussie pour que nous puissions dire qu'il n'existe pas de grosses lésions des fibres nerveuses. Les *méninges rachidiennes* apparaissent normales à l'examen microscopique.

RÉFLEXIONS. — I. L'*hérédité* est assez chargée. Du *côté paternel*, nous avons à relever, chez le père lui-même, un *tempérament nerveux* et la *chorée* dans l'enfance ; la mort par *fièvre cérébrale* d'une des grand'-mères, par *chagrin* (?) de l'autre. — Du *côté maternel*, des *migraines* et des *crises hystériformes* chez la grand'mère, des *attaques apoplectiques* chez l'un des arrière-grands pères, l'*hydrocéphalie* chez un cousin. Mentionnons, en passant, deux cas de *gémellarité.*

II. Rien de notable à la *conception* et durant la *grossesse.* L'*accouchement* aurait eu lieu trois semaines avant terme ; l'enfant était petit et ses ongles étaient à peine formés. Notons la gracilité du cordon.

III. Du troisième au dix-huitième jour, l'enfant a eu des *convulsions* généralisées, égales des deux côtés ;

puis de 3 à 18 mois, des *vertiges* avec *secousses* très fréquentes, et environ tous les trois mois des *grandes crises* dans lesquelles les *convulsions prédominaient à droite* ; enfin, de 18 mois à son entrée (4 ans), il a été sujet à des *tics* multiples et se livrait sur lui-même à des actes de violence. En pareil cas, il n'est pas rare de voir les parents accusés par les voisins de sévices dont il sont innocents.

Comme autres symptômes importants, signalons les grincements de dents, le strabisme, les accès de colère et de cris, etc. En résumé, l'enfant offrait tous les symptômes de l'*idiotie complète*, avec *impulsions violentes.*

IV. En nous appuyant sur un certain nombre de symptômes : cognements de tête, grincement des dents, accès de colère, congestion intermittente de la face, sommeil agité, pleurs, tendance à mordre, cyanose des pieds et des mains, etc., nous avions cru devoir rattacher l'idiotie à une *méningite* ou une *méningo-encéphalite* chroniques. L'*autopsie* a vérifié *en partie* ce diagnostic.

V. Malgré l'âge relativement avancé du malade (17 ans), la puberté et la croissance ne s'étaient pas développées normalement. En effet, la taille n'était que de 1^{m}, 15, au lieu de 1^{m}, 59 et le poids de 14 k. 500 au lieu de 52 k. 500. Les lèvres, les aisselles, les membres étaient glabres ; ce n'est que dans la dernière année qu'on a noté quelques poils sur les joues et sur le pénil. La verge et les testicules étaient restés petits. Ceux-ci ont souvent varié de situation, tantôt tous les deux, ou l'un d'entre eux remontés dans l'anneau, tantôt descendus dans les bourses. A l'autopsie, on les a trouvés dans le canal inguinal. Les tableaux qui accompagnent cette observation, permettent de se

rendre compte de l'arrêt de développement physique du malade.

VI. L'autopsie et l'examen histologique ont montré que la méningo-encéphalite, très limitée d'ailleurs, était peu prononcée et que la lésion prédominante était une *sclérose des circonvolutions du coin*. Par suite de l'*hémiparésie* GAUCHE, on aurait pu croire que l'hémisphère cérébral *droit* pesait moins que le gauche. Les pesées ont montré que c'était celui-ci, au contraire, qui était le moins lourd. La différence est minime, 30 gr., et, peut-être, est-elle due à une irrégularité de la section des deux hémisphères. D'un autre côté, pourtant, il faut se souvenir que, durant une période, les *convulsions* ont prédominé à *droite*, ce qui répondrait à la prédominance des lésions à *gauche*.

VII. On sait que le *ramollissement du coin* amène l'*hémianopsie* latérale homonyme chez l'adulte. Étant donné l'état mental de l'enfant, nous n'avons pu rechercher ce symptôme. La relation entre la lésion et le symptôme, tant de fois constatée chez l'adulte, n'a donc pu être établie dans notre cas. Par conséquent, nous ne savons pas si la *sclérose atrophique* dans l'enfance, produit la même symptomatologie que le *ramollissement* chez l'adulte ou le vieillard.

VI.

Folie de l'adolescence.

Excitation maniaque avec idées de grandeur ; dépression mélancolique avec idées d'empoisonnement, refus de manger, etc. Guérison de l'aliénation mentale ; tuberculose, mort.

PAR **BOURNEVILLE ET AMBARD.**

SOMMAIRE. — *Père, convulsions de l'enfance ; quelques excès de boisson postérieurs à la naissance de l'enfant, mort d'un cancer de l'estomac. — Grand-père paternel mort de bronchite chronique. — Grand'mère maternelle, morte d'un cancer de l'estomac. — Arrière-grands-parents des deux côtés, morts vieux sans accidents nerveux.*

Mère, morte hémiplégique et aphasique. Renseignements insuffisants sur les grands et arrière-grands-parents, morts vieux. — Tante maternelle morte d'un cancer du foie.

Pas de consanguinité. — Mère, plus âgée de dix-huit mois

Conception, grossesse, accouchement, naissance, rien de notable. — Rougeole vers deux ans et demi. Consécutivement, troubles de la parole qui, de distincte auparavant, était devenue lente et bredouillante. — De sept à quatorze ans écolage souvent interrompu par un état d'affaiblissement attribué par les parents à la mauvaise hygiène de l'école et à l'ardeur qu'apportait l'enfant au travail. — A 12 ans première attaque de folie : excitation pendant deux jours suivie de torpeur. — A 14 ans (septembre 1898), *nouvel accès d'aliénation mentale : excitation, divagations, coprolalie, clastomanie. — Après huit jours d'excitation correspondant à l'époque menstruelle absente, période mélancolique durant trois semaines. — Retour de l'excitation coïncidant avec l'époque menstruelle qui, cette fois, manque*

encore. — Placement à l'Asile clinique, d'où elle est envoyée à la Fondation Vallée (6 décembre 1898). — *L'état d'agitation dure jusqu'à la fin de janvier* 1899. — *Nouvelle période d'excitation, précédant les règles. En mai, l'enfant redevient normale. — Envoyée en congé de 8 jours, elle ne revient pas. — Troisième attaque de folie à la fin de décembre* 1899 : *guérison en mai* 1900. — *Céphalalgies, douleurs abdominales, conjonctivite purulente. — Tuberculose abdominale ; cachexie progressive, mort. — Examen du cerveau.*

Ha.. (Marguerite), israélite, née le 18 avril 1884, est entrée dans le service le 6 décembre 1898.

Antécédents héréditaires. (*Renseignements fournis par la sœur de la malade et complétés par le père*). — PÈRE, 54 ans, marchand colporteur, a eu des *convulsions* au moment de la dentition ; pas de fièvre typhoïde, pas de chorée, de rhumatismes, de dartres, de migraines ; on ne note pas d'accidents permettant de soupçonner la syphilis. Depuis 30 ans, il prend régulièrement deux absinthes par jour ; aux repas, il absorbe de préférence de la bière, boit beaucoup de café (trois ou quatre tasses par jour), mais d'une façon irrégulière. Depuis quelques années, il fait de temps en temps des *excès de boisson*, obligé, qu'il est, de trinquer avec ses clients. Il fume pour 0 fr. 25 centimes de tabac par jour. — Caractère très vif, s'emporte facilement, mais la colère ne dure pas. Son caractère nous semble un peu bizarre, il fournit les renseignements qu'on lui demande d'un air maussade, il a l'air de ne pouvoir tenir en place, il se lève, marmotte quelques mots incompréhensibles, se rassied, se relève pour aller se placer devant le feu et tout cela sans raisons (1).

Famille du père. — Son *père* est mort à 52 ans de bronchite chronique. — Sa *mère* est morte à 58 ans d'un *cancer de l'estomac*. — La sœur de l'enfant, vue isolément, insiste beaucoup sur ce que : « lors de l'accident de notre malade la famille s'est enquise de l'état d'esprit de leurs parents les plus éloignés, sans pouvoir retrouver aucune trace d'un ascendant qui aurait eu l'esprit dérangé. » — Pas de renseignements précis sur les *grands parents*, tant paternels que maternels qui seraient

(1) Il est mort d'un *cancer* de l'*estomac* le 26 octobre 1901, à 57 ans.

morts très âgés, et auraient toujours joui d'une bonne santé.

Deux *frères* : L'ainé, âgé de 64 ans, est veuf, 5 enfants, tous très bien portants, pas de convulsions. Le frère cadet, âgé de 59 ans, est marié, il a quatre filles et un garçon ; l'ainée des filles est mariée, elle a deux enfants très bien portants, pas de convulsions. — Trois *sœurs* : L'ainée est morte à 55 ans d'une maladie dans le ventre (?), a eu cinq enfants bien portants, pas de convulsions. La seconde, âgée de 61 ans, est veuve ; elle a trois garçons, âgés respectivement de 32, 28 et 25 ans, tous en bonne santé, n'ayant jamais eu de convulsions. La 3e sœur, âgée de 48 ans, mariée, a 4 filles et un garçon ; une des filles est mariée, a une fillette bien portante, pas de convulsions. — Dans le reste de la famille, on ne trouve rien à noter, et en particulier aucun cas de tuberculose.

MÈRE morte à 53 ans, d'une *hémiplégie droite*, ayant débuté brusquement pendant la nuit, *aphasie*. Cette hémiplégie dura près d'une année et, à la fin, elle s'est compliquée de paralysie des sphincters. Elle n'avait jamais été malade auparavant. Notons aussi qu'elle est morte il y a 19 mois et que notre malade aurait donné les premiers signes de dérangement cérébral avant la mort de sa mère. Celle-ci avait un caractère très doux, elle ne se plaignait jamais de la tête.

Famille de la mère. — Son *père* et sa *mère* sont morts vieux (?). — On n'a pas de renseignements précis sur les *grands-parents* tant *paternels* que *maternels*, on sait seulement qu'ils sont morts aussi très âgés. — Pas de renseignements, sur les *oncles paternels* ni sur les *oncles maternels*. — Nombreuses *tantes maternelles* et *paternelles*, toutes mortes âgées ; l'une serait morte en 1896 à 99 ans.

Trois *frères* : L'aîné, 80 ans, a une fille de 40 ans, bien portante, habitant la Suisse, chez laquelle notre malade à séjourné pendant quelque temps lors de sa première attaque ; — Le second, 75 ans, bien portant, marié, a six enfants, tous âgés aujourd'hui et en bonne santé ; — Le 3e, 65 ans, marié sans enfants. — *Quatre sœurs* : L'une morte à 72 ans, une autre, 70 ans, mariée, n'a jamais eu d'enfants ; — La troisième est morte à 65 ans d'un *cancer du foie* ; — La quatrième, 58 ans, mariée, n'a jamais eu d'enfants. — Dans le reste de la famille, il n'y a rien à signaler; pas de tuberculose.

Pas de consanguinité. — Différence d'âge, de dix-huit mois (mère plus âgée).

Le *père a eu dix enfants* : quatre d'un premier mariage, six d'un second. Des quatre enfants du premier lit, l'un est mort athrepsique à six mois en nourrice ; les trois autres sont très bien portants : l'un est âgé de 29 ans, une fille âgée de 28 ans est mariée, a deux enfants n'offrant aucun accident nerveux ; — le troisième est âgé de 26 ans.

Des *six enfants* du deuxième lit : 1° fille, qui nous fournit ces renseignements ; elle est bien développée, n'a pas de migraines, etc. ; — 2° garçon, 19 ans, bien portant ; — 3° fille de 17 ans, en bonne santé, strabisme convergent de l'œil gauche ; — 4° garçon mort à 18 mois, on ne sait de quoi ; — 5° notre malade ; — 6° fillette de 13 ans, bien portante. Aucun de ces enfants n'aurait eu de convulsions.

Notre malade. — Rien à signaler au moment de la *conception* ni au cours de la *grossesse*. — *L'accouchement* s'est fait à terme, normalement ; pas de chloroforme, ni de forceps. On n'a pas de renseignements ni sur le mode de présentation, ni sur l'état de l'enfant à la naissance. — Nourrie au sein, par sa mère. L'enfant a parlé de bonne heure, on ne peut préciser davantage, mais, à la suite d'une *rougeole* survenue à 2 ou 3 ans, elle aurait « bredouillé » et pendant quelque temps sa parole était lente, confuse, absolument comme celle d'un enfant qui apprend à parler, alors qu'avant la rougeole elle parlait assez bien. Pas de scarlatine, pas de convulsions. Propre de bonne heure. Elle a été gardée par ses parents jusqu'à 5 ans. Durant cette période elle s'est toujours bien portée.

De 5 à 7 ans, elle fréquente un asile d'enfants et continue à se bien porter. — A sept ans, on la met à l'école communale. A partir de cette époque, l'enfant devient chétive. Pour expliquer ce fait, deux causes sont invoquées par la famille : d'abord l'air confiné de la classe, car, l'enfant était-elle retirée de l'école pendant un mois ou deux, sa santé redevenait florissante ; en second lieu, son ardeur au travail, il lui arrivait souvent de se lever au milieu de la nuit pour faire ses devoirs. Aussi son écolage ne fut-il qu'une suite d'interruptions et de reprises d'études. Malgré cela, elle eut son certificat d'études en juin 1898.

En juillet 1896, avant la puberté, notre malade aurait eu une *première attaque de folie* : elle allait chez les voisins, chez les amis, leur tenait des propos bizarres. Elle criait qu'elle était grande fille, qu'elle avait ses règles, ce qui était faux. Elle tenait des propos incohérents, racontait des choses

n'ayant jamais existé. Elle était devenue violente, nous dit-on : « elle tombait sur la plus jeune de mes sœurs et la battait. » Cette *excitation* disparut au bout de deux jours, une sorte de *torpeur* lui succéda. Son père l'emmena avec lui à Besançon. C'est avec la plus complète indifférence que l'enfant quitta sa mère et ses sœurs.

A leur arrivée à Besançon, au grand étonnement de son père, l'enfant était absolument dans son état normal. De Besançon notre malade passa en Suisse où elle séjourna durant trois mois chez une tante. De là, elle revint à Besançon où elle resta jusqu'en septembre 1897. On assure que depuis cette époque, jusqu'en septembre 1898, l'enfant était naturelle, bien que d'un caractère sombre.

En septembre 1898, du jour au lendemain, elle se met à divaguer, elle s'adresse au premier venu, dit des « horreurs » à ses sœurs ; de plus, elle est très agitée, elle jette par la fenêtre tout ce qui se trouve sous sa main. Elle ne fait pas d'inconvenances, pas d'exhibition. Cet état de *surexcitation* avec *délire*, dure huit jours, correspondant à l'époque de ses règles absentes. Puis, pendant trois semaines, l'enfant est taciturne, elle garde un *mutisme* presque complet, contrastant avec la *loquacité* qu'elle avait montrée durant huit jours. Un mois après ce premier accès, à l'époque des règles, absentes encore, *nouvel accès* avec *exaltation*, *divagations*, *turbulence* comme aux deux premières attaques. C'est alors que la famille se décide à la placer. Elle est admise à l'Asile clinique le 29 octobre 1898 ; elle y est restée jusqu'au 6 décembre, époque où elle est transférée à la fondation Vallée.

Température rectale à l'entrée.

	Matin.	Soir.
	—	—
6 décembre	»	37°
7 —	36°,8	37°,4
8 —	37°,1	37°,2
9 —	36°,8	37°,1
10 —	37°	37°,4

État actuel. — La *physionomie* paraît intelligente quoique la fixité du regard lui donne une expression étrange. Les cheveux sont châtains, longs. Il n'y a pas de séborrhée du cuir chevelu ni de cicatrices.

Tête : arrondie dans son ensemble, front haut. — *Face* allongée, d'une *pâleur* anémique, souvent remplacée par une *rougeur* passagère du front et des joues, rougeur liée à l'im-

pressionnabilité de l'enfant. — Les arcades sourcilières, proéminentes, sont recouvertes d'épais sourcils noirs qui donnent à la physionomie une expression de sévérité. Les cils sont longs, régulièrement implantés. — Les *yeux*, très mobiles, ne présentent pas de lésions, pas d'exopthalmie, de strabisme, de paralysie, de nystagmus. Iris bruns. Pupilles dilatées, réagissant faiblement à la lumière et à l'accommodation. Acuité visuelle normale ; l'enfant distingue parfaitement les couleurs.

Le *nez* est droit, à lobule arrondi, les ailes du nez sont très mobiles, la respiration nasale s'effectue sans difficulté. — Les *pommettes* sont tombantes, les *joues* amaigries. — La *bouche* est de dimension moyenne, la lèvre supérieure mince, la lèvre inférieure plus épaisse, rosées. Le *palais* est peu excavé, le *pharynx* normal, le réflexe pharyngien l'est également, déglutition facile, pas de *végétations adénoïdes*. — La *langue* est mobile, ne présente pas de tremblement de la pointe. Les *amygdales*, symétriques, sont peu saillantes. *Goût* normal. — Les *dents* sont presque toutes envahies par la carie, plusieurs molaires manquent; léger prognathisme du maxillaire inférieur. — *Oreilles* : le *pavillon* est normalement écarté de la base du crâne, l'hélix est bien ourlé, ébauche du tubercule de Darwin, anthélix à double racine ; conque profonde. *Audition* normale.

Le *cou* a 29 centimètres de circonférence, le *corps thyroïde* est facilement palpable ; la pomme d'Adam commence à proéminer, rien au *larynx*.

Thorax. Pas de déformation du squelette. L'examen du *poumon* et du *cœur* ne révèle rien de particulier. Rien à noter du côté de la paroi abdominale, ni des *organes intra-abdominaux*.

Puberté. — Les *mamelles* sont assez bien développées ; elles présentent un diamètre vertical de 12 cm. et 14 cm. de diamètre transversal. Symétrie parfaite des deux côtés. Aréole 3 centimètres, mamelon 5 millimètres. Au niveau de l'aisselle, à droite, bande de poils de 7 cm. sur 2 cm., à gauche près de 8 cm. de long. sur 2 cm. $^{1}/_{2}$ de largeur. Fin duvet entre les épaules et les omoplates, sur les reins, la région sacrée, sur la face antéro-externe des bras et des avant-bras où il y a, non plus du duvet, mais des poils assez longs ; poils assez abondants sur les deux tiers externes des cuisses. Sur le *pénil*, poils noirs sur une largeur de 6 centimètres et une hauteur de 9 centim., poils plus abondants autour du capuchon, sur la face externe des grandes lèvres qui sont

saillantes ; petites lèvres peu développées, 3 ou 4 mm., clitoris très petit, ouverture de l'*hymen frangée*, laissant pénétrer l'index, poils abondants de chaque côté de la fourchette et au pourtour de l'anus. Pas trace d'hémorrhoïdes, la malade dit avoir perdu du sang par l'anus(?). Pas d'onanisme. Réglée irrégulièrement depuis le mois de mai 1898.

Les *membres supérieurs* sont normaux de forme et de développement ; pas d'onycophagie, ongles normaux. Pression au dynamomètre 10 kg. à droite et à gauche.

Membres inférieurs réguliers, réflexes physiologiques ; un peu d'hyperesthésie cutanée au niveau de la plante des pieds.

Quand la malade a été placée à l'Asile clinique, elle était *bien plus agitée* qu'elle ne l'avait été à sa première attaque de folie, et qu'à son arrivée à la Fondation : la nuit elle se levait et jetait tout par la fenêtre. Sa famille allait la voir deux fois par semaine et a pu apprécier les changements.

Traitement : chloral 4 gr. par jour, plus 2 gr. de bromure de sodium Un bain de 20 minutes tous les deux jours.

Dès son entrée à la Fondation, Ha... est mise en observation à l'infirmerie. Elle est assez calme, paraît s'ennuyer, elle refuse de manger avec ses compagnes disant : « Moi, jeune fille israélite, je ne peux manger avec les françaises. » T.R. 37°. — La nuit a été bonne, l'enfant a bien dormi. Durant la journée, on remarque qu'elle parle continuellement seule, fait des gestes avec les mains, lève les yeux vers le ciel. Quand elle élève la voix, on comprend ce qu'elle dit : « Oh ! la guerre, j'ai été battue par M... J'ai perdu, je me suis revengée. Je gagnerai !.... mes cousins ! ils se sont vengés aussi... les juifs cela se soutient entre eux.. les youpins vivent les youpins !.. et moi, reine d'Angleterre, je laisserais passer tout cela ?.. non, jamais ! le drapeau rouge me suivra partout, le drapeau français... et je gagnerai. » Pendant le reste de la journée, même état. A sept heures du soir, l'enfant étant très énervée se met à injurier les infirmières : « Salopes, vaches, cons de marasses (?), dit-elle. » Elle se proclame reine d'Angleterre, disant : « Ils veulent prendre mon nom pour déclarer la guerre à Dreyfus, à Zola, pour me déshonorer, mais ils ne l'auront pas, je leur casserai plutôt la gueule à tous, tas de cochons, vaches ! nous arrivons bientôt à la 3e guerre puisque la 4e est celle de M... (?). Je marcherai en avant. Ils veulent mon sang. Je les tuerai... Je me vengerai ! ils veulent Marguerite Ha.., jeune fille israélite, ils veulent mon nom à moi ! à moi, la belle youpine ! non, jamais ! Je leur crèverai la peau !.. mes cousins.. allez

donc leur dire quelque chose, ils vous foutront des coups de révolver dans votre gueule, mes cousins les youpins officiers de l'infanterie de marine.. ils viendront m'outrager, hé! bien, je les emm.... tous, nom de Dieu ! et eux aussi vous emmerd.... Allez donc tous à l'Ile du Diable, retrouver Dreyfus, allez donc nous venger !... allez donc crever là-bas, tas de salauds !... tas de nom de Dieu !... » Par instant, elle cesse de déclamer pour chanter des choses sans suite qu'elle compose elle-même, telles que :

« La belle youpine, »
« La connaissez-vous ?
« C'est votre cousine »
« Qui tue tous les rois »
« Ils ont brisé mon violon »
« Parce que j'ai l'âme française »
« Et que sans cause, avec les avallons »
« J'ai fait changer la belle française »

Les nuits sont mauvaises, l'enfant est agitée, ne dort pas. L'agitation atteint son maximum dans la soirée vers sept heures. — Les jours suivants, même état.

10 *décembre*. — Ce matin, Marguerite paraît tranquille ; elle est abattue. Sa sœur et sa cousine viennent la voir, elle les accueille froidement. La journée a été bonne. Il n'en n'est pas de même des jours suivants, même exaltation, mêmes idées de guerre, même insomnie.

1899. *Janvier*. — Depuis quelques jours, on constate une sensible amélioration au point de vue intellectuel, bien que la malade continue à parler seule, et à rechercher l'isolement. Elle a des alternatives de *gaîté* et de *tristesse*. Même instabilité dans les idées, ce qui fait qu'on ne peut l'occuper à quoi que ce soit.

15 *janvier*. — L'enfant paraît moins calme depuis plusieurs jours. Elle recommence ses extravagantes déclamations. Le sommeil a disparu pour faire place aux insomnies des premiers jours. Les remontrances l'excitent. Hier au soir elle a menacé de se jeter par la fenêtre, elle s'est contentée de se jeter sur son lit. — Même état les jours suivants avec cependant une légère tendance à l'amélioration.

25 *janvier*. — Les *règles* ont reparu pour la première fois depuis l'admission à la Fondation sans le moindre malaise ; elles ont duré 6 jours.

Février. — Ha... est redevenue à peu près tranquille, commence à s'habituer à la vie générale de l'établissement, bien qu'elle recherche toujours la solitude. Son appétit est régulier, son sommeil calme. Elle suit la classe et semble s'y intéresser; il n'en est pas de même des travaux manuels pour lesquels elle ne montre aucun goût. — Les *règles* réapparaissent le 23 février et sont normales.

Mars. — L'état de l'enfant est satisfaisant, elle est calme, raisonne bien, a bon appétit, bon sommeil, elle va en classe et prend part à tous les exercices.

20 *mars.* — Le mieux persiste, l'enfant travaille et raisonne bien ; elle ne se souvient plus de ce qu'elle disait ni de ce qu'elle faisait en ses moments de folie. Elle demande à être renvoyée dans sa famille. Depuis son entrée, son poids a augmenté de 12 kgr. et sa taille de 1 cm. — Même *traitement*, douches, bains, etc. — Les règles sont venues régulièrement.

Avril. — L'amélioration est de plus en plus marquée, l'enfant semble être complètement revenue à son état normal. Elle est affectueuse, soumise, mais d'humeur triste, elle ne joue pas comme les autres enfants.

Mai. — La guérison persiste, l'enfant est affectueuse avec ses compagnes, elle aime beaucoup ses sœurs, ses frères, son père ; elle parle souvent d'eux et manifeste le désir de retourner dans sa famille.

L'état de l'enfant est tout-à-fait satisfaisant. Elle est calme, raisonne bien, suit tous les exercices, s'applique de son mieux tant à l'étude qu'aux travaux manuels, mais elle est un peu nonchalante et l'on doit souvent la stimuler. Elle parle fréquemment de sa famille qu'elle semble aimer beaucoup. Elle lit avec plaisir, lirait les journaux, si on les lui laissait prendre, la politique surtout semble attirer son attention.

Juillet. — Depuis le mois de *mai*, on ne trouve absolument rien à signaler, l'enfant n'a cessé d'être docile et raisonnable.

12 *août.* — Marguerite part en congé pour 8 jours dans sa famille. Elle a pris très exactement deux douches par jour, fait de la gymnastique quotidiennement. Elle n'offre plus de troubles intellectuels. Afin d'assurer sa guérison par un traitement régulier, nous recommandons à la famille de a ramener exactement à la fin de son congé, ce qu'ils n'ont pas fait.

1900. 8 *janvier*. — L'enfant est ramenée dans un état de *folie* aussi prononcé que celui qu'elle avait présenté l'année précédente à la Fondation. Elle déclame sans cesse : « Je suis la Reine d'Angleterre ! les Boers veulent tuer la Reine ! la reine les emm....! ils veulent mon nom, mon honneur, d'ailleurs, les morts ont toujours tort ! »

Les phrases sont sans suite, tantôt elle pleure parce qu'elle n'a plus de famille et qu'elle se trouve dans le deuil le plus complet : « Que voulez-vous, je suis toute seule, il faut que je me défende...... et puis, les morts ont toujours tort. — Elle refuse de boire et de manger. — En la couchant, on s'aperçoit qu'elle a ses règles.

9 et 12 *janvier*. — Même état. H... frappe ses compagnes en disant qu'elle veut les tuer; elle déclare que tous les aliments sont empoisonnés.

13 *janvier*. — H. est propriétaire des magasins Dufayel, tout Paris lui appartient : « Je me fous de tout le monde, je suis riche ! Vous n'avez qu'à trouver mon père à son bureau, il vous donnera 500.000 francs ! »

15 *janvier*. — Elle dit que ses frères lui ont donné des coups de couteau et qu'elle les leur rendra, car ce sont des cochons, ils couchent tous avec la bonne. — Elle chante :

« Marguerite, ô mon espoir !
« Lève ta chemise et fais moi voir !

Elle passe ensuite de chanson en chanson, sans en continuer aucune. Elle est grossière, obscène vis-à-vis des enfants qui l'approchent. Elle va et vient sans cesse ; court de tous les côtés.

20 *janvier*.-1er *février*. — Même état

9 *février*. — H... devient de plus en plus triste, sa physionomie exprime une grande souffrance, son visage est pâle, livide, ses joues se creusent, le regard est vague, effaré. Elle regarde avec effroi les personnes qui l'entourent. Elle fuit dès qu'on veut lui donner les soins physiques nécessaires. Elle répond à peine quand on lui pose une question. Elle ne tient aucune conversation. Malgré cela, elle a un besoin de mouvement incessant.

5 *février*. — Physionomie triste et sombre. Elle paraît en proie à une grande peine : « Qu'est-ce-qu'il y a donc de nouveau ! quel malheur est-il arrivé pour que tout le monde soit si triste depuis quelques jours. Crises de pleurs très fréquentes.

7 *février*. — H... s'affaiblit. Ses traits sont tirés. Tout dans sa personne exprime l'inquiétude, la souffrance. On ne peut

parvenir à chasser les idées noires qui la poursuivent continuellement. Elle ne se rend pas compte de ce qu'elle fait, ne peut rester en repos, court, va et vient. Au réfectoire, elle va de table en table, prenant tantôt le verre, tantôt l'assiette de ses compagnes, dérobe à la hâte et avale leurs aliments, refuse les siens pour lesquels elle a de la méfiance. Elle ne s'habille, ni se déshabille, ne procéde à aucun soin de toilette. On est obligé de la nettoyer comme un enfant en bas-âge, l'haleine est mauvaise. Elle n'accepte sa nourriture qu'après l'avoir flairée. Ne parle pas. Gâte continuellement. Insomnie.

10 *février*. — H... est très affaissée. Sa physionomie est anxieuse, son teint cadavérique. Ses traits sont tirés, son haleine est très mauvaise. Elle ne veut prendre aucune nourriture : « mangez dans mon assiette, buvez dans mon verre, je mangerai et boirai après vous » dit-elle. C'est ce qui a été fait mais elle n'a rien voulu prendre quand même : elle craint donc d'être empoisonnée. Le soir, on lui donne un lavement avec du lait et des œufs. Ayant été à la selle durant la nuit, elle a pris ses excréments dans sa main et les a portés à la veilleuse. Agitation la nuit. Tendance à devenir violente, à griffer.

14 *février*. — On est obligé de faire manger H... à la *sonde* malgré sa résistance qu'elle accompagne d'injures telles que : « sale cochon, vache, putain. Allez donc faire le trottoir ! j'en veux plus de votre sale tuyau ! »

18 *février*. — Légère amélioration au point de vue mental. — Elle mange toute seule. — Persistance néanmoins de l'anxiété. Quand elle est seule, elle est calme, mais elle devient violente dès qu'on la touche, qu'on veut la faire s'habiller ou la faire manger. — Elle continue ses douches.

28 *février*. — Un *mutisme* complet a succédé à une *loquacité* excessive. H... est toujours triste et méfiante. — Elle refuse maintenant les aliments qu'on lui sert pour prendre ceux de ses voisines et rejette ceux-ci bientôt de même. Elle n'a pas voulu prendre part aux divertissements de ses compagnes à l'occasion du Mardi-gras. Nous n'en tirons aucune parole. Sa figure exprime toujours l'inquiétude. Parfois mouvements des lèvres comme si elle parlait, crispation de la face, yeux, pleins de larmes. Ce qui domine, c'est la *dépression mélancolique*.

3 *mars*. — Meilleure mine, mais ne mange encore que des aliments liquides et par contrainte. Elle exécute différents exercices scolaires, sans trop de difficulté. Elle gâte toujours.

5 *mars*. — Visitée par ses parents, elle a semblé rester

complètement indifférente à leur venue. Toutefois, elle a mangé gloutonnement les friandises qu'ils lui avaient apportées dès qu'elle a remarqué qu'elle n'était plus observée.

13 *mars*. — Amélioration notable, regard moins inquiet, moins dur; physionomie meilleure, augmentation de poids, haleine moins mauvaise. H... a peu de spontanéité, toutefois elle cherche à taquiner. Elle ne parle pas encore, sourit ou fait une légère grimace quand on lui adresse la parole. Elle mange seule pour la première fois, mais gâte encore et ne se lave pas. Elle ne s'habille seule qu'après la douche ; le matin et le soir, il faut l'aider.

14 *mars*. — Tristesse marquée. Elle ne semble pas avoir d'hallucinations de la vue ou de l'ouïe.

19 *mars*. — Amélioration très légère. Mélancolie persistante. H... pleure très souvent, ne mange que lorsqu'on l'y oblige. Elle a gardé un morceau de pain qu'elle a mangé en classe, profitant des moments où elle ne se croyait pas surveillée. Elle se rend elle-même en classe, s'asseoit à sa place, ne fait rien, s'endort.

15 *mars*. — Nous faisons assister H... à la leçon de chant. On lui donne le livre ; elle suit tous les morceaux, chante même *tout en guettant si elle n'est pas observée*. Elle se tait dès qu'elle s'aperçoit qu'on la remarque. — Aujourd'hui elle a de nouveau mangé seule, mais il faut l'y inciter fortement sinon elle resterait une heure devant son assiette sans y toucher.

19 *mars*. — H.. est allée au parloir hier, elle a mangé les friandises que ses parents lui avaient apportées, s'est promenée avec eux et a répondu à quelques questions.« Puis-je fumer ? lui demande son frère. — Ce n'est pas défendu. » A une de ses sœurs, elle a dit : « Au revoir, Marthe. » — Elle refuse toujours de parler au personnel et à ses camarades, *elle est gâteuse nuit et jour*, en classe, au réfectoire, au préau, au lit. Aucun soin de toilette. Sommeil bon. *Santé physique meilleure*.

22 *mars*. — Tantôt elle mange seule, tantôt il faut l'exciter. — Elle ne parle pas. — Elle ne voulait pas se rendre au bal donné aux enfants, on l'y a obligée, elle a dansé une polka, puis elle a pleuré abondamment comme si elle avait commis une faute. On lui a donné un sucre d'orge. Quelque temps après on lui a demandé ce qu'elle en avait fait : « Je l'ai mangé par mégarde, » Les larmes ont recommencé à couler, parce qu'elle avait laissé échapper ces mots. Si, provoquée, elle dit : « bonjour, bonsoir, » aussitôt les mots prononcés, elle pleure à chaudes larmes, entre dans une sorte de rage, tape du pied, bouscule les objets.

26 *mars*. — Sommeil bon, tendance à dormir dans la journée est triste, mélancolique, comme plongée dans une profonde méditation ; elle semble revenir d'un rêve, quand on lui parle vivement. Les pleurs et les larmes se succèdent rapidement.

27 *mars*. — En classe, on lui a donné un livre de lecture ; son tour arrivé, on l'a forcée à lire comme toutes ses compagnes. Après beaucoup d'insistance, elle a lu très couramment une quinzaine de lignes. Elle a pleuré ensuite et n'a plus suivi la lecture.

10 *avril*. — Elle suit volontiers ses compagnes partout, mais résiste toujours pour aller au réfectoire. Même résistance pour la faire manger.

30 *avril*. — L'état physique s'améliore progressivement, elle est moins pâle, les couleurs semblent revenir. Elle mange toujours avec difficulté. Le gâtisme, l'entêtement, le mutisme, la mauvaise expression du regard persistent. Il faut toujours l'habiller et faire sa toilette.

8 *mai*. — Une métamorphose subite s'est opérée chez Marguerite. Sa physionomie exprime le contentement. Son regard est doux et non plus triste et sombre. Elle accompagne les autres enfants à la visite de Bicêtre. Revenue à la Fondation, elle se rend sans peine au réfectoire, mange sans se faire prier à la grande stupéfaction de tout le monde. Elle sourit amicalement et répond aux questions qui lui sont posées. Elle semble toute surprise de se trouver au milieu d'enfants. On dirait qu'elle sort d'un sommeil profond, d'un long rêve et qu'elle renait à la vie. Elle chante avec ses camarades, les accompagne dans les divers exercices. Elle a mis son costume de gymnastique et s'est déshabillée spontanément, alors que la veille encore il avait fallu l'habiller. Le soir, elle a mangé seule, a dit bonsoir à tous et parait heureuse.

9 *mai*. — Marguerite s'habille, se lave, parle, fait la dictée, travaille à l'ouvroir absolument comme elle faisait durant sa rémission de 1899. Elle urine encore au lit, mais est propre dans la journée. Elle n'a rien perdu de ses connaissances primaires. L'amélioration physique s'accentue.

10 *mai*. — Elle écrit spontanément à ses parents; est affectueuse avec tout le monde.

14 *mai*. Le gâtisme a disparu complètement depuis deux jours. Le sommeil est tranquille et profond. Elle aide à la toilette des enfants, elle est de plus en plus vive dans tout ce

qu'elle fait. Elle n'aime pas songer à sa maladie. Elle parait honteuse d'avoir été «si entêtée et si sale.«

22 *mai.* — La situation physique et mentale devient de plus en plus satisfaisante. Marguerite est portée au sommeil, il faut la stimuler sans cesse pour qu'elle ne s'endorme pas dans la journée. Aussi, pour s'y opposer l'emploie-t-on à toutes sortes d'occupations. Elle serait paresseuse si on ne la secouait pas de temps en temps. Elle sourit quand on lui fait une observation et en tient compte Elle est gaie, polie, douce, affectueuse, très propre, minutieuse même.

1er - 30 *juin.* — H... continue d'aller de mieux en mieux, prend part volontiers, et de bonne grâce, à tous les exercices, à tous les travaux scolaires et manuels. Son intelligence est revenue à son état normal ainsi que sa santé physique. Elle dit cependant que sa mémoire a diminué et qu'autrefois elle allait plus vite pour faire un exercice de mémoire. Elle a toujours besoin d'être stimulée pour n'importe quelle occupation. Elle est très gaie, chante, joue et parait très satisfaite. *Elle ne pleure jamais.*

Octobre. — Marguerite va très bien, mange beaucoup, ne semble jamais rassasiée, a pris *beaucoup d'embonpoint.* On l'occupe aux soins du ménage. Elle participe à tous les exercices. Elle est très douce, affectueuse, a bon caractère, raisonne bien.

1901. *Janvier.* — La situation se maintient parfaite sous tous les rapports. H... se fait aimer de toutes ses compagnes; elle raisonne et travaille bien. En classe, elle conserve ce qu'elle a appris mais avance peu. Sa mémoire est restée un peu paresseuse et se fatigue vite. Bien qu'elle mange convenablement, elle maigrit.

Puberté. Aisselles, poils châtains, abondants; seins développés, un peu tombants. mamelons saillants, aréoles brunes. Ventre glabre. — Pénil couvert de poils abondants (6 centimètres de large sur 3 centimètres de haut). Grandes lèvres peu épaisses, poils abondants ; petites lèvres linéaires. Clitoris rudimentaire. — Hymen frangé à l'orifice central petit admettant à peine le bout du petit doigt.

Juin. — Diminution de l'appétit, soif vive. H... mange machinalement. accuse des douleurs d'estomac et du ventre ; elle a eu de la diarrhée à plusieurs reprises. Elle maigrit. Sa physionomie dénote une certaine souffrance, les yeux paraissent s'agrandir. La température s'est élevée à 39° et 39°,5. Elle a dû rester à l'infirmerie du 1er au 6 juin. Durant tout le mois elle a été déprimée. Elle parle beaucoup, à propos de tout, s'ima-

gine qu'on l'abandonne parce qu'on ne vient pas la voir aussi souvent qu'elle le désire. Elle a parfois, de nouveau, des crises de larmes sans motif.

Juillet. — Mêmes douleurs gastro-intestinales spontanées, vomissements et diarrhée. Face pâle, yeux brillants, amaigrissement, préoccupations, voit tout du mauvais côté, bavarde, se mèle à toutes les conversations, cherche dispute à ses camarades. Malgré cela, elle continue à travailler à l'école, à l'ouvroir, au repassage. Les règles n'ont paru ni en mai ni en juin.

30 *juillet.* — Rentre à l'infirmerie, *enrouement* ; auscultation négative. Le sommet droit est peut-être moins sonore. Conjonctivite purulente à droite.

10 *août.* — La conjonctivite est guérie. — Cacodylate de soude, 0 gr. 10 par jour ; toniques. — L'amaigrissement continue.

Septembre. — A la période de préoccupation et de loquacité a succédé une période d'indifférence. Elle participe nonchalemment aux exercices, ne bavarde plus, se force pour manger, a un peu de fièvre de temps en temps, transpire beaucoup.

28 *septembre.* — Amaigrissement progressif. Dans la fosse sus-épineuse droite, inspiration rude, expiration prolongée. Continuation du cacodylate, etc.

16 *octobre.* — Même état de déchéance physique, avec crainte de tuberculose.

Novembre. — Marguerite devient un peu plus gaie. Sa physionomie est moins déprimée. Elle cause naturellement, raisonne bien, est redevenue bonne avec ses compagnes, est affectueuse a même une certaine délicatesse de sentiments. Elle s'occupe de son mieux, accomplit tout ce qu'elle peut pour se rendre utile et faire plaisir à tous. La mort de son pére, survenue en octobre, l'a beaucoup affectée mais ni son physique ni son moral n'ont été modifies. Elle s'est montrée calme et résignée.

Sommeil interrompu par la toux, des sueurs, de la diarrhée, et des douleurs dans l'estomac et le ventre. Vomissements alimentaires qui la fatiguent beaucoup. En dépit de ces accidents, H.... conserve sa gaieté et son humeur habituelles.

Décembre. — *Puberté.* Aisselles : bandes de poils chatains, longue de 6 centimètres et large de 1 centimètre 1[2. Seins : 14 sur 10 centimètres des deux côtés. Pénil : triangle poilu large de 7 centimètres et haut de 9 centimètres. Grandes lèvres, poils longs de 5 centimètres. Petites lèvres peu accusées, ainsi que le capuchon. Hymen, même état.

1902. 10 *janvier.* — L'affaiblissement augmente. Les symptômes déja notés persistent. Marguerite ne se lève que quelques heures. La température est peu élevée.— *Traitement* : lait, œufs, côtelettes, poulet, bagnols, champagne, naphtol, cataplasmes et frictions sur le ventre avec l'onguent hydrargirique belladoné.

14 *janvier.* — La malade ne peut plus se lever. Elle a souvent des faiblesses : pâleur de la face, nez pincé, traits tirés. — Ni toux, ni expectoration, signes thoraciques nuls, voix couverte. Ce qui domine ce sont les symptômes de *tuberculose intestinale.*

25 *janvier.* — Malgré le traitement, auquel on a ajouté la glace, les vomissements continuent.

30 *janvier.* — Mœléna ; moins de diarrhée, abdomen douloureux ; à la palpation, rien de perceptible. — Vomissements opiniâtres, dyspnée de plus en plus intense mais pas de signe d'auscultation, *pas de crachats,* mais une salive gluante. Amaigrissement considérable. Sommeil léger, elle est plutôt assoupie qu'endormie. Son caractère devient de plus en plus susceptible. Elle ne peut supporter personne autour d'elle ; elle ronchonne lorsqu'on ne peut faire à son idée. Ses exigences sont sans nombre, voulant à chaque instant une chose ou une autre. — Même traitement, eau oxygénée.

5 *février.* — Aggravation rapide. Marguerite ne prendplus que des aliments liquides, en petite quantité, qu'elle rend aussitôt. Le ventre, en bateau, est devenu douloureux à la pression. Diarrhée. Le muguet envahit la bouche. Les lypothymies sont fréquentes. Le teint est livide, les yeux enfoncés, cerclés de noir, les joues creusées. La physionomie exprime une grande souffrance. La voix est voilée, quelques râles à la base du poumon droit ; dyspnée intense.

7 *février.* — Faiblesse extrême. Gâtisme, aphonie. Lypothymies continuelles. Insomnie, tendance au refroidissement. H.. couche sur le côté droit, les jambes repliées et éprouve parfois le besoin de changer de lit.

Vers une heure du matin, elle demande à boire ; elle sent que ses forces s'éteignent : c'est la dernière fois, dit-elle, désire qu'on l'embrasse parce qu'elle va mourir. Sur ce, elle rend le dernier soupir, sans agonie, sans cri, sans râle (2 heures du matin, 6 février).

T. aussitôt après la mort	35°,3
— 1/4 d'heure après	29°'2

— 1 heure après .... 24°,5
— 5 heures après .... 18°,3
T. de la chambre : 18°.

Poids après décès : 24 kilogr. 200.

Mesures de la tête.

	1898	1899	1900		1901		1902
	Déc.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.
Circonférence horizontale maxima	530	570	570	580	580	580	510
Demi-circonférence bi-auriculaire	350	380	380	380	381	381	381
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez............	400	410	410	410	410	410	410
Diamètre antéro-postérieur maximum	182	182	182	182	183	183	183
— bi-auriculaire.........	125	130	130	132	133	133	133
— bi-pariétal............	153	155	155	155	156	156	156
— bi-temporal...........	107	115	115	115	115	115	115
Hauteur médiane du front.	50	55	60	60	60	60	60

TABLEAU DU POIDS ET DE LA TAILLE.

	1898	1899	1900		1901		1902
	Déc.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv
Poids	37 k.	56 k.	48 k.	52 k.	44 k.	43 k.	39 k. 5
Taille	1m 47	1m 49	1m 49	1m 51	1m 52	1m 53	1m 53

Autopsie partielle faite le 9 février.

L'enfant étant *Israélite*, la famille n'a autorisé que l'examen du cerveau.

TÊTE. *Cuir chevelu* épais, sans ecchymoses. Les *os* du *crâne* sont minces, peu durs, avec de nombreuses plaques transparentes ; pas de synostose. Aucune adhérence de la *dure-mère*

au crâne. La dure-mère n'était pas épaissie et n'offrait aucune fausse membrane. Les différentes parties de la *base de l'encéphale*, nerfs, artères, tubercules mammillaires, etc... sont symétriques. La glande pinéale n'offre rien de particulier.

Hémisphère droit. Face convexe. — La scissure de Sylvius est profonde, son extrémité postérieure s'arrête brusquement sans se bifurquer; son rameau antérieur d'abord s'incline sans tarder en avant pour continuer sans aucune ligne de démarcation avec le sillon qui sépare la troisième de la deuxième frontale; enfin son deuxième anneau postérieur très long coupe le pied de la deuxième pour ne se terminer qu'au sillon qui sépare la deuxième de la première frontale. Le sillon de Rolando est normal ainsi que la scissure perpendiculaire externe.

Le *lobe frontal* est très développé et très plissé. La première circonvolution est presque dédoublée sur toute sa longueur. La deuxième frontale est dédoublée sur toute sa longueur et très sinueuse. La troisième frontale est absolument anormale? Pas de plis de passage avec la frontale ascendante. Pas de continuité entre le pied et le cap à cause de la longueur insolite du rameau postérieur de la scissure de Sylvius. La tête de la circonvolution est très volumineuse et excessivement compliquée par plusieurs sillons anormaux. La circonvolution préfontale est bordée en avant par un sillon presque continu, interrompu seulement par un pli de passage pour la deuxième frontale ; elle est grêle.

Lobe temporal. Très réduit de volume. Le sillon interpariétal se bifurque en arrivant au niveau de l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius. La pariétale ascendante est normale.

Lobe pariétal. — La première pariétale est très large, divisée en deux par un sillon transversal. La deuxième pariétale est très réduite de longueur. — Le *lobe occipital* est de même normal.

Face interne. La cissure calloso-marginale est sinueuse, régulière. Il en est de même de la scissure perpendiculaire interne. La circonvolution du corps calleux et la scissure calloso-marginale sont régulières. Le *lobe paracentral* est volumineux. Le *lobe quadrilatère* est très réduit, long d'à peine deux centimètres. Le *cuneus* n'offre rien de particulier.

Face inférieure. Le sillon qui sépare la troisième temporale de la deuxième tempo-occipitale est incomplet, interrompu

dans son extrémité postérieure. La deuxième temporo-occipitale est dédoublée. La première temporo-occipitale est normale. La circonvolution orbitaire est normale. Le sillon crucial est irrégulier. La circonvolution olfactive interne est deux fois moins large que l'externe.

Le *corps calleux*, le *corps strié*, la *couche optique*, le *ventricule latéral*, la *corne d'Ammon*, le *bulbe*, la *protubérance* et le *cervelet*, ne présentent rien à signaler. L'hémisphère droit pèse 595 gr. le gauche 600 gr.. Le *cervelet* et l'*isthme* pèsent 167 gr., le *bulbe* et la *protubérance* 28 gr.

Hémisphère cérébral droit. — Face externe. — La scissure de Sylvius est régulière sauf son extrémité postérieure qui n'est pas bifurquée.

RÉFLEXIONS. — I. Le *père* de notre malade a eu des *convulsions* de l'enfance ; il avait un caractère emporté, a commis des *excès de boisson* et est mort d'un *cancer* de l'estomac. La *grand'mère paternelle* a également succombé à la même maladie. — Sa *mère* est décédée après avoir présenté une *hémiplégie droite* avec *aphasie*. Une tante maternelle est morte d'un *cancer du foie*. — Ni d'un côté, ni de l'autre, il n'y aurait eu, dit-on, d'exemples de *tuberculose*, mais les renseignements sur les deux familles sont assez incomplets.

II. A deux ou trois ans, à la suite d'une rougeole, Marguerite aurait offert des troubles de la parole ; elle aurait dû presque réapprendre à parler.

III. La *première attaque de folie* est survenue, avant la puberté, à 12 ans ; elle aurait consisté en une *période d'excitation* suivie d'une *période de torpeur*. Au bout de quelques jours, H.. était revenue à son état naturel. Toutefois, elle était moins affectueuse et triste.

La *seconde attaque* débuta en septembre 1898 (14 ans) et offrit les mêmes caractères. Elle dura une semaine. Pendant trois semaines, *mutisme* presque complet.

A cette rémission, d'ailleurs incomplète, succéda une *troisième attaque* (octobre 1898), qui obligea la famille à l'interner à l'Asile clinique où elle resta jusqu'au commencement de décembre et d'où elle nous fût envoyée.

Ce qui domine, dans ses *troubles mentaux*, ce sont les idées de vanité, de grandeur, entremêlées d'idées relatives à l'affaire du jour qui préoccupait tout le monde, une loquacité intarissable, une instabilité constante; au point de vue *physique*, c'est une agitation extrême, des gesticulations incessantes, de l'insommie, de l'amaigrissement.

La phase aiguë passée, nous notons des alternatives de gaité et de tristesse, une tendance à l'isolement. Une amélioration sensible coïncide avec le retour des règles, suspendues depuis plusieurs mois; elle s'accentue progressivement, Marguerite travaille à l'école, à l'ouvroir, est affectueuse, mais se mêle difficilement aux jeux de ses compagnes. Le mieux continue, tous les troubles intellectuels disparaissent, l'état physique s'améliore et, au mois d'août, nous accordons un congé de quelques jours, en insistant auprès de la famille sur la nécessité d'une prolongation de traitement, afin d'affermir la guérison, de modifier le terrain pathologique et d'empêcher le retour de nouveaux accidents. Ces conseils n'ont pas été suivis.

Depuis son envoi en congé jusqu'à la fin de décembre 1899, elle a demeuré à Troyes chez une tante qu'elle affectionnait beaucoup. A cette dernière date, elle est devenue très irritable et a maigri d'une manière effrayante. Elle ne prenait aucune nourriture, dit-on. Elle disparaissait de la maison et on avait mille peines à la retrouver. Elle se croyait Reine et faisait des bons par millions. Il y avait quatre jours qu'elle était malade quand on nous l'a ramenée à la Fondation. Ces accidents coïncidaient avec son époque. Sa sœur, qui

nous a fourni ce complément de renseignements avec une grande complaisance, nous assure que Marguerite n'a jamais eu d'amourette et qu'on ignore absolument la cause de ses différentes attaques de folie.

Quatrième attaque de folie au commencement de janvier 1900. Du 8 janvier au 1er février, ce qui domine c'est l'*excitation*. A partir du 3 février, l'*agitation* fait place à une période de *mélancolie*: Marguerite devient de plus en plus triste, est en proie à des idées noires, s'imagine qu'on veut l'empoisonner, flaire ses aliments, ne parle pas, s'affaiblit physiquement, gâte, refuse de manger et on est obligé de l'alimenter avec la sonde pendant quelques jours. En mars et avril 1900, il y a une atténuation légère et intermittente des symptômes mélancoliques et de l'état physique. Le 8 mai, il se produit une métamorphose soudaine et complète: *Marguerite a recouvré la raison*.

Les quatre attaques de folie, sauf l'intensité, ont offert les mêmes caractères : *période d'excitation maniaque*, *période mélancolique*. Elles ont eu une durée différente : 4 jours, 8 jours, 6 mois et 4 mois et demi.

IV. La *température rectale*, prise matin et soir, durant les cinq premiers jours de l'entrée, selon l'habitude pour tous les malades, a oscillé entre 36°, 8 et 37°,4 et du 12 au 31 décembre entre 36°, 8 et 37°, 6.....

Après sa réadmission, en janvier 1900 jusqu'à sa guérison en mai, la température s'est maintenue en général entre 37° et 37°,6. Nous avons relevé une ascension à 38°,2 le soir du 16 février et un abaissement matitudinal à 36°,8 et 36°,6 du 24 mars au 14 avril. A partir de là jusqu'au 12 juin la température a varié de 37° à 37°,6.

V. Pendant le temps qui s'est écoulé entre la guérison

de sa quatrième attaque de folie jusqu'au début de sa tuberculose intestinale, la température est, comme auparavant, restée normale. — Le 17 juillet 1901 la T. R. était à 39°; le lendemain matin elle tombe à 36°,8. A partir de là jusqu'au 26 août, elle oscille entre 37 et 38°; puis jusqu'au 4 septembre entre 38°,4 et 36°; elle se maintient entre 37° et 38° jusqu'au 27 septembre; alors nouvelles oscillations entre 37° et 38°,6. Jusqu'au 25 novembre elle varie de 37 à 38°; de ce jour au 10 décembre de 37 à 39°; du 10 au 23 décembre de 36°,4 à 37°,4; de ce jour au 21 janvier entre 37° et 38°; du 21 au 25 entre entre 36° et 37°; du 25 au 30 entre 36° et 37°,8; du 31 janvier au 7 février entre 35°,8 et 36°,6. Elle meurt le 7 avec une température de 35°,3.

VI. La *tuberculose* n'a point paru envahir sérieusement les poumons. L'auscultation et la percussion ont été presque toujours négatives. L'enfant n'a jamais craché, ce qui a rendu impossible tout examen bactériologique. L'affection intestinale a eu une évolution classique. Les détails dans lesquels nous sommes entrés au cours de l'observation nous dispensent d'insister davantage.

VII. L'évolution de la *puberté* semble avoir été naturelle. Les *règles* ont débuté sans douleurs à 4 ans. Elles ont été irrégulières. La première attaque d'aliénationm entale était survenue deux ans auparavant. La seconde et la troisième attaques auraient coïncidé avec une absence des règles. Entre elles, les règles auraient été régulières.

La quatrième attaque a débuté au commencement de janvier 1900. Sur le tableau on note à la date du 15 de ce mois «fin des règles», puis une suspension de février à mai, c'est-à-dire pendant toute la durée du 4° accès de folie. A partir de là jusqu'au mois

d'avril 1901, les menstrues ont été régulières, retardant en général, d'un jour, assez abondantes, durant ordinairement cinq jours. Elles n'ont point reparu du mois de mai 1901, époque où sont apparus les premiers symptômes de la *tuberculose* jusqu'à la mort. (8 février 1902.)

Les *aisselles* qui n'offraient que quelques poils rares en 1898, en étaient garnies en 1901 (0^m,06 sur 0^m,015.) Le duvet des *membres* s'était transformé en véritables poils. Le pénil qui ne présentait de poils que dans sa partie inférieure en 1898, sur une hauteur et une largeur de 0^m,06 en avril 1899, en était couvert sur une étendue de 0^m,07 de hauteur sur 0^m,09 de largeur en 1901.

Les *seins*, égaux, bien conformés, après s'être développés physiologiquement avaient ensuite diminué de volume, suivant en cela l'amaigrissement général :

		1898	1899	1900	1901
Seins	Hauteur	12	12	12	10
	Largeur	13	14	17	14

La *taille* était de 1^m47 à son entrée en décembre 1898, de 1^m49 en juillet 1899. Elle était la même à sa seconde entrée, s'est élevée à 1^m51 (juillet 1900), 1^m52 (janvier 1901), 1^m53 (juillet 1901) et est restée à ce chiffre pendant l'évolution de la tuberculose (juillet 1901-février 1902). Elle était normale par rapport à la taille moyenne de son âge.

Quand H.. *est entrée* la première fois à la Fondation, elle était malade depuis près de six semaines ; elle avait maigri et ne pesait que 37 kilogr. , c'est-à-dire de 23 kil. au-dessous de la moyenne (kil.) En juillet 1899, alors qu'elle était guérie depuis trois mois, son poids était remonté à 56 kilogr. Lorsqu'elle est rentrée (janvier 1900) son poids était retombé à 48 k. Elle guérit en mai ; son poids remonte à 50 kil. En janvier

1901, sans que rien ne l'explique, elle a maigri notablement (44 kil.). En janvier, surviennent les premiers symptômes de tuberculose intestinale, en juillet elle ne pèse plus que 43 kil. L'amaigrissement s'accentue progressivement ; elle ne pèse plus que 39 k. 500 en janvier 1902 et, après la mort, 24 k. 500, soit 37 kil. au-dessous de la moyenne normale. Cette énorme diminution de poids donne une idée de la cachexie profonde dans laquelle elle était tombée.

VI. A notre très vif regret, l'*autopsie du cerveau*, seule a pu être pratiquée. Il n'offrait aucune lésion macroscopique. Les circonvolutions étaient bien développées, les plis de passage nombreux, les sillons profonds. (Voir la *Note complémentaire* de la page 170.)

Bibliographie. — Nous profitons de l'occasion qui nous est fournie par la publication de cette observation pour rappeler les principales publications que nous avons faites soit seul, soit avec nos élèves sur la *folie des enfants*.

1° *Instabilité mentale avec perversion des instincts* (en collaboration avec Budor). Compte-rendu de 1884, p. 147; — 2° *Instabilité mentale avec perversions des instincts, compliquée d'hystéro-épilepsie; condamnations multiples* (en collaboration avec Leflaive). *Ibid.*, p. 164; — 3° *Réflexions sur les deux cas qui précèdent. Ibid.*, p. 174; — 4° *Hallucinations de la vue, de l'odorat et du goût* (en collaboration avec Courbarien). *Ibid.*, 1885, p. 54; — 5° *Folie de l'adolescence; instabilité mentale; idées vagues de persécution; succube* (en collaboration avec Sollier). Compte-rendu de 1887, p. 237; — 6° *Imbécillité légère; instabilité mentale avec perversion des instincts et impulsions génitales* (Kleptomanie, onanisme, sodomie, syphilis) (en collaboration avec Raoult). Compte-rendu de 1888, p. 61; — 7° *Imbécillité et instabilité mentale; impulsions génitales* (en collaboration avec Sorel). Compte-rendu de 1891, p. 108; — 8° *Arriération*

intellectuelle consécutive à une brûlure de la tête; instabilité mentale; délire mystique (en collaboration avec Tissier). Compte-rendu de 1895, p. 77; — 9° *Alcoolisme, instabilité mentale, crises hystériformes, guérison* (en collaboration avec J. Boyer). Compte-rendu de 1896, p. 218; — 10° *Dipsomanie de l'adolescence. Ibidem*, p. 225; — 11° *Imbécillité et instabilité mentale avec perversions des instincts.* Compte-rendu de 1897, p. 1; — 12° *Manie de l'adolescence avec nymphomanie* (en collaboration avec Katz). Compte-rendu de 1898, p. 63; — 13° *Alcoolisme de l'enfance, instabilité mentale, imbécillité morale* (en collaboration avec J. Boyer). *Ibid.*, p. 84; — 14° *Folie de l'adolescence* (en collaboration avec Belin). Compte-rendu de 1899, p. 194.

VII.

Idiotie du type mongolien ;

PAR BOURNEVILLE.

SOMMAIRE. — *Père et sa famille, rien de particulier, sauf un oncle paternel suicidé. — Mère, migraineuse, attaques de nerfs. — Arrière grand-père paternel mort d'apoplexie. — Oncle maternel mort de convulsions.*
Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans (mère plus âgée).
Conception rien d'anormal. — Grossesse accidentée par des ennuis et une peur; mouvements tardifs du fœtus. — Accouchement naturel. — A la naissance, 1500 *gr. — Première dent à* 7 *ou* 8 *mois (?). Dentition très tardive. — Propreté à un an. — Marche à* 14 *mois. Début de la parole, restée incomplète, à* 18 *mois. — Jamais de convulsions.*
Description de la malade en février 1901 : *caractères du type mongolien. — Tuberculose pulmonaire, mort.*
AUTOPSIE. — *Granulations tuberculeuses des poumons, du péritoine et de l'intestin. — Gracilité des circonvolutions, rareté des plis de passage.*

Conn... (Yvonne), née à Cr.. (Seine-et-Oise), le 11 mai 1894, est entrée dans le service le 18 février 1901.

Renseignements fournis par son père et sa mère le 23 février 1901. — **Antécédents héréditaires.** — PÈRE, 45 ans, jardinier, sobre, aucun indice de syphilis. « A 19-20 ans, j'ai eu une sorte de *congestion cérébrale*, compliquée de douleurs dans toutes les jointures, attribuée au froid (purgatif, sangsues), guérie en 48 heures. [Son *père*, 67 ans, sobre, est en bonne santé.— Sa *mère* est morte à 35 ans de fièvre typhoïde.— Un *oncle paternel*, souffrant d'une maladie des reins, après

avoir essayé de s'asphyxier par le charbon, s'est pendu. Rien à noter dans le reste de la famille.]

MÈRE, 47 ans, très nerveuse, pas de convulsions de l'enfance, sujette, dès l'âge de 11 ans, à des *migraines* qui ont diminué d'intensité lors de l'apparition des règles. Elles ont été suspendues pendant la grossesse de sa première fille, compliquée d'attaques de nerfs consécutives à des ennuis de famille. Elle aurait même eu une attaque de 2 heures avec perte de connaissance : «J'étais comme folle.» Les migraines, qui viennent aux époques, semblent nettement caractérisées : brouillard épais, bleuâtre ou rougeâtre, étourdissements, nausées sans vomissements, etc. [*Père*, maçon, sobre, tué en tombant d'un échafaudage. — Sa *mère*, enfant assistée, qu'on a connu par hasard et peu, est morte d'une congestion pulmonaire à 60 ans; elle n'avait jamais été malade.— Grands-parents paternels morts très vieux, ainsi que la grand' mère maternelle.— Grand-père maternel mort subitement d'*apoplexie*.— Sa *mère* a eu onze grossesses, dont neuf à terme ; un enfant est mort de *convulsions* ; les survivants, trois frères et trois sœurs, sont bien portants ainsi que leurs enfants. Rien à relever dans le reste de la famille. Pas de cas analogue à l'enfant.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans (mère plus âgée).

Deux *enfants* : 1° une fille, 23 ans, très intelligente, ainsi que son enfant ; pas de convulsions ; — 2° la malade.

Antécédents personnels. — Rien de notable à la *conception*. *Grossesse* : contrariétés assez vives dûes à la mort de sa mère, à une maladie de sa sœur, à des démêlés de famille, dans le deuxième mois de sa grossesse. A la même époque, PEUR occasionnée par une chûte dans une cave : « Je suis tombée toute droite par la trappe, et ne me suis fait aucun mal ; je me suis sentie fatiguée, mais n'ai pas été obligée de me coucher. » Mouvements du fœtus à 5 mois et demi seulement, ils étaient intenses et brusques, se produisant surtout la nuit, cessant complètement pendant quelques heures. « Pour ma première fille, ce n'était pas la même chose, je les sentais tout le temps, régulièrement, la nuit et le jour. » — *Accouchement* à terme, naturel, en 3 heures, par le sommet ; eaux abondantes. — *A la naissance*, ni cordon, ni asphyxie ; 1500 grammes : « Elle était toute petite. » Allaitement par sa mère ; prenait

mal le sein ; pas d'accès de cris. « A part son état chétif, elle était comme les autres enfants. Son développement s'est un peu accusé à 6 mois, quand on lui a donné, en plus du sein, du lait de vache.»

Première dent à 7 ou 8 mois ; elle n'a pas encore toutes ses dents. Propre à un an. Début de la marche à 14 mois, de la parole à 18 mois.

Jamais de convulsions ni autre accident nerveux. Aucune maladie infectieuse. Caractère doux; pas d'accès de colère, sentiments affectifs assez développés. — Nul mauvais instinct; point d'onanisme. Elle a la manie de cacher les objets, de les briser, de déchirer les livres qu'on lui donne. « Elle fait cela, dit la mère, sans méchanceté, comme par indifférence ». *Sensibilité* générale et spéciale, rien d'anormal ainsi que la *motilité*. Grincements de dents. — Ni vers, ni traumatisme, ni sévices. — Respiration, digestion, régulières.

Elle a été mise à l'école pendant trois semaines: « J'ai été obligée de la retirer parce qu'elle était le bouffon des autres enfants qui s'en moquaient, parce qu'elle parlait peu, et la battaient. » La mémoire serait assez bonne. — Pas de ressemblance bien nette. — La mère attribue l'état de son enfant aux ennuis qu'elle a éprouvés pendant sa grossesse et peut-être aussi à une *peur* vers l'âge de deux ans et demi à la suite d'un incendie arrivé chez ses parents. Depuis, elle serait toujours restée peureuse, surtout dans l'obscurité.

Etat actuel (*Février* 1901). — Teint pâle, sauf les joues qui sont *rouges*, cyanotiques. Physionomie hébétée, regard sans expression, paupières elliptiques fendues en amande, nez un peu écrasé. (PL. XIV.)

Tête. — Le crâne est court, les bosses frontales sont effacées, les arcades sourcilières légèrement saillantes. — Iris bleus; pas de paralysie des muscles de l'œil; accommodation normale. — La racine du nez est plutôt aplatie. — Pommettes moyennes. Bouche grande; lèvre supérieure normale, lèvre inférieure un peu épaissie et constamment pendante. Langue non épaisse, constamment en dehors de la bouche. — Prognathisme marqué, exagéré encore du fait que la lèvre inférieure est très saillante. — Palais et voûte palatine normaux. — Dentition irrégulière. — Menton saillant en avant. — *Oreilles*, en position normale, très petites, 4 cent. de hauteur sur 3 cent. de largeur. L'hélix est large dans sa moitié supérieure (8^{mm}), très étroit dans l'inférieure (4^{mm}). L'anthélix

n'a rien de particulier. Conque, régulière. Tragus petit, anti-tragus assez développé. Lobule en partie distinct en avant, confondu en arrière avec l'hélix. En somme, l'oreille est plutôt mieux conformée chez elle que chez les autres mongoliens. Ouïe bonne.

Mesures de la tête.

	1901 Février
Circonférence horizontale maxima	46
Demi-circonférence bi-auriculaire	31
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	32
Diamètre antéro-postérieur maximum	15
— bi-auriculaire	10.8
— bi-pariétal	15
— bi-temporal	10
Hauteur médiane du front	4

Cou : circonférence, 0m26. — *Corps thyroïde* non perceptible (?).

Thorax. Les côtes inférieures sont un peu déjetées en dehors. — Cœur, poumons, etc..., sains. *Abdomen* régulier. — Sensibilité et sommeil normaux.

Les cheveux, châtains clairs, sont normalement implantés. Il en est de même des sourcils et des cils.

Les *membres supérieurs* sont bien conformés; les mains sont cyanosées, les doigts courts, cylindriques, boudinés, *(mains idiotes)*.

Les *membres inférieurs* offrent une saillie exagérée des condyles internes des fémurs. La voûte plantaire est régulière.

L'enfant se tient un peu penchée; elle marche bien, mais ne sait ni courir, ni sauter et a peur en descendant les escaliers.

Elle mange très peu et très lentement, n'aime pas beaucoup la viande. Elle se sert de la cuillière et de la fourchette. La mastication est bonne; il n'y a pas de vomissements. Elle gâte nuit et jour.

C... est incapable de se laver, de se déshabiller, etc. Elle est d'un caractère indifférent. Elle reste toujours assise s'isole, ne joue jamais avec ses compagnes, n'a de préférence pour aucune d'elles, est plutôt triste, paraît s'ennuyer. Elle reconnaît ses parents, témoigne une certaine affection pour eux, mais à leur départ ne manifeste aucun chagrin. Elle n'est pas pleureuse, sourit rarement.

Pas de douleurs de tête (?), grincements des dents fréquents, pas de troubles vaso-moteurs, ni de tics, ni de manies.

L'attention est difficile à fixer, la *vue* semble bonne. Il est difficile de dire s'il en est de même de *l'ouïe*, car, quand on l'appelle, on dirait qu'elle ne comprend pas que c'est d'elle dont il s'agit.— *L'odorat* et le *toucher* sont obtus (?). — La *parole* est limitée à quelques syllabes : apa pour papa, ama pour maman, oui, non!

Température à l'entrée.

		Soir.	Matin.
13 *février*	1er jour	36°,8	—
14 *février*	2e jour	37°,2	36°,9
15 *février*	3e jour	37°,3	37°
16 *février*	4e jour	37°,2	37°
17 *février*	5e jour	37°,3	36°,9

Mars.— Toux coqueluchoïde. Du 18 au 23 mars la température rectale oscille entre 36°, 4 et 37°, le 24 elle s'élève à 38°, 7. On note des râles sous-crépitants aux deux bases. Le 26, toux plus fréquente, abattement. T. R. 39°,8.

15 *avril.*— L'aspect typhique de l'enfant peut faire penser à une fièvre typhoïde, mais le séro-diagnostic pratiqué dans l'après-midi est franchement négatif.

Les accidents pulmonaires se sont aggravés progressivement, l'affaiblissement est allé en augmentant, la température a oscillé entre 39° et 40°, enfin l'enfant a succombé le 18 avril avec une température de 41°.

Tableau du Poids et de la Taille.

	1901 Février
Taille	1m09
Poids	20g. kr.
Poids après décès (18 avril)	18 kgr. 500

Autopsie faite le 20 avril, 33 heures après la mort.

TÊTE. *Cuir chevelu* maigre et pâle. Os du *crâne* minces, peu durs, offrant des plaques transparentes. Les *sutures* persistent, sont finement dentelées. La suture métopique est soudée. La suture pariéto-occipitale gauche offre un petit os wormien. Aucune adhérence de la dure-mère. Très peu de liquide céphalo-rachidien. — L'apophyse crista-galli est petite, tranchante. Les différentes fosses de la base sont symétriques. Il en est de même des nerfs et des artères de la base de l'encéphale.

Hémisphère droit.— La pie-mère, sans aucune granulation tuberculeuse ni lésion de méningite, s'enlève facilement. Il n'y a que quelques adhérences très légères au niveau du pli pariétal inférieur. Les circonvolutions sont en général grêles, surtout celles du lobe frontal. Les plis de passage sont rares, les sillons peu profonds — Le *lobe frontal* est très distinct et séparé de FA complètement, sans plis de passage. Il n'en existe pas non plus entre PA et FA et par conséquent le sillon de Rolando est ininterrompu. Les trois circonvolutions pariétales sont bien dessinées. La scissure parallèle sépare complètement la première temporale de la seconde. La deuxième scissure temporale est interrompue dans sa partie moyenne par un volumineux pli de passage de T^2 à T^3. Le lobule de l'insula présente une digitation antérieure trifurquée, puis deux autres simples. T^1 envoie à la partie postérieure de ce lobule deux digitations. A la *face interne*, mêmes caractères : circonvolutions élémentaires, plis de passage rares, sillons superficiels. Pas de lésion en foyer, pas d'aspect chagriné, ni fœtal. — Les *masses centrales*, la *corne* d'*Ammon*, le *ventricule latéral* (et il en est de même à gauche) n'ont rien de particulier. — Le *corps calleux* est épais.

Le *quatrième ventricule*, la *protubérance* et le *bulbe* semblent normaux. (L'*hémisphère gauche* a été réservé pour l'exmen histologique).

Cou. — Le *corps thyroïde* (7 gr.) paraît sain ; ses lobes sont égaux. — Persistance du *thymus* réduit aux dimensions d'une noisette (5 gr.).

Thorax. —Le poumon gauche, qui a trois lobes, est farci de granulations miliaires et présente des foyers d'hépatisation dont l'un en suppuration. — Le poumon droit n'a de granulations tuberculeuses que dans son lobe inférieur.— *Cœur*, péricarde, cavités, rien. Pas de persistance du trou de Botal.

Abdomen. — Le *foie* est recouvert de fines granulations. La vésicule biliaire, extrêmement petite, est cachée par un prolongement de la face inférieure du foie. — La *rate* a la forme d'une sorte de cube ; elle est verdâtre, non diffluente, d'un gris marbré à la coupe. — *Estomac, reins,* sains. — Le *péritoine* est le siége de quelques rares granulations. (Aucun symptôme péritonéal pendant la vie). — L'*appendice vermiculaire,* qui occupe sa position naturelle, mesure 9 cent. de long ; il est sain. L'incision du cœcum, du gros intestin, de l'iléon, montre une injection assez prononcée de la muqueuse

et quelques granulations tuberculeuses. Il n'y a pas trace de lésion des plaques de Peyer (État typhoïde). — Les *organes génitaux* étaient normaux. Le péritoine externe offrait quelques granulations.

Poids des Organes.

Encéphale	845 gr.
Hémisphère cérébral droit	365
— — gauche	365
Cerveau	730
Hémisphère cérébelleux droit	50
— — gauche	50
Bulbe et protubérance	15
Cervelet et isthme	115
Liquide céphalo-racidien	Peu
Corps thyroïde	7
Thymus	5
Cœur	90
Poumon droit	245
— gauche	245
Foie	660
Rate	120
Rein droit	60
— gauche	70

RÉFLEXIONS. — I. L'hérédité nous donne : une *congestion cérébrale* chez le *père*, un cas de *suicide* chez un *grand oncle paternel*; — un *état nerveux* très accusé et des *migraines* chez la *mère*; un *arrière grand père maternel* a succombé à une attaque d'*apoplexie*, et un *oncle maternel* est mort de *convulsions*. — La mère de l'enfant est plus âgée que son mari.

II. Il n'y a aucun autre exemple de type mongolien dans les deux familles. La malade ne ressemblait ni à l'un ni à l'autre de ses générateurs.

III. Nous essayons de nous renseigner sur tous les accidents de la grossesse et en particulier sur les *émotions*, les traumatismes, les mouvements du fœtus. Ici, le second mois de la parturition a été particulièment accidenté : émotions, contrariétés, peur. Les

mouvements du fœtus auraient été très différents de ceux de l'enfant précédent. En pareil cas, nous essayons toujours de faire faire la comparaison par la mère.

C... était chétive à la naissance, ce qui est fréquent dans cette forme d'idiotie. Elle a été en retard pour la dentition, la marche, la parole qui ne s'est jamais développée complètement.

IV. La *température rectale*, prise pendant les cinq jours qui ont suivi son entrée a varié entre 36°,8 et 37°,3. Voici ce que nous avons noté dans quelques autres: cas chez Daut. de 36°,2 à 37°,2; — chez Laust. de 36°,8 à 37°,5; — chez L... de 36°,8 à 37°,3; — chez Merc... de 36°,8 à 37°,4 ; — chez Cott... de 36°,8 à 37°,3 ; — chez Brèg.. de 37° à 37°,5; — chez Dourn... de 37°,1 à 37°,3; — chez Van de Cast... de 37°,1 à 37°,3. — D'où il suit que, en général, chez les *mongoliens*, la température est plutôt au-dessous de la normale, mais à un degré bien moindre que chez les *myxœlémateux*.

V. Tandis que la *glande thyroïde* est *absente* chez les *myxœdémateux infantiles*, elle existe chez les *mongoliens*. Elle pesait 7 gr. chez Conn... ; 6 gr. chez Lous... ; 12 gr. chez Lerc.... — Chez une quatrième Dant... nous n'avons pu examiner que le cerveau. En ce qui concerne le *thymus*, les mêmes malades nous ont donné : Conn..., 5 gr. ; — Loust..., 5 gr.; — Merc..., 5 gr. — La *voix* est un peu masculine, un peu aigre et se rapproche de celle des myxœdémateux.

VI. La *taille* de Conn.... était de 1m,09, c'est-à-dire inférieure de 7 c. à la taille moyenne de son âge. C'est à peu près la règle chez les idiots du type mongolien, ainsi qu'en fait foi le tableau suivant :

Noms.	Age.	Sexe.	Taille.		Poids.	
			Réelle	En moins	Réel	En moins
1 For.. (M.).... (1)	19 ans	F.	1m50	0m07	47.400	15. »
2 Sa	9 —	F.	1m24	»	25.150	»
3 Conn.. (Y.)	7 —	F.	1m09	»	20. »	2. »
4 Loust.. (L.).....	3 1/2	F.	0m84	0m04	12. »	2. »
5 Daut.. (M.)	5 ans	F.	0m87	0m10	12. »	7. »
6 Le Br... (S.) ...	10 —	F.	0m98	0m27	16. »	9. »
7 Merc... (J.).....	10 —	F.	1m12	0m13	19.500	9. »
8 Van Cast.. (H.) ..	18 1/2	G.	1m35	0m28	»	»
9 Dourn... (H.) ...	9 ans	G.	1m20	0m01	»	»
10 Cott... (A.)......	11 —	F.	1m12	0m18	14. »	8. »
11 Brég... (M.)....	18 —	F.	1m36	0m20	38. »	13. »

VII. Notre intention est de rassembler toutes nos observations de *mongoliens*, de tracer d'eux une sorte de monographie et de les comparer aux *myxœlémateux infantiles*. En attendant, nous croyons utile de reproduire ici le résumé que nous leur avons consacré dans le *Traité de médecine* de MM. Brouardel et Gilbert (t. IX, p. 58, article imprimé en août-septembre 1901), en y ajoutant seulement quelques détails.

« Cette variété — *idiotie mongolienne* — a été décrite d'abord par Langdon-Down (2), Ireland (3) et quelques autres auteurs anglais [et américains] qui en ont rapporté des exemples.

1) Protrusion de la langue à la naissance. *Réglée* à 10 ans 1/2. (Malade de l'Institut médico-pédagogique). La seconde est une malade de la Ville. Les autres sont des malades de notre service de Bicêtre.

(2) *Mental affections of Childhood and Youth, 1887.*

(3) *Mental affections of Children,* 1898.

« Elle est relativement rare. Nous n'en avons que huit cas dans notre service (août 1901) : quatre garçons et quatre filles.

« La totalité des cas que nous avons observés ne dépasse pas une vingtaine. En voici les caractères principaux : tête petite, arrondie, parfois un peu brachycéphale : les diamètres antéro-postérieur et transversal sont à peu près égaux. Physionomie rappelant celle des *Mongols*, accusée par les caricatures : les enfants du service ont désigné un de nos mongoliens le plus typique, sous le nom de «chinois».

« Le front est bas. Le bord supérieur de l'orbite, les sourcils et les paupières sont plus obliques que normalement, dans une certaine mesure elliptiques, fendues en amande. [Les paupières sont comme bridées, suivant l'expression de la mère de l'un de nos enfants. Elles présentent parfois un repli semi-lunaire de la peau au-devant de l'angle interne des yeux (*épicanthus*), qui contribue encore à faire paraître plus large la racine du nez.]

Presque tous sont lymphatiques, ont une blépharite chronique. Le pont du nez, la racine, est plus large qu'à l'état naturel. Cependant, chez l'un de nos malades, les sourcils, abondants, se rejoignent à la racine du nez, qui est étroite.

« D'après les auteurs anglais, le nez est court et épaté. Ce caractère n'est pas absolu, car chez plusieurs de nos mongoliens le nez est légèrement aquilin, chez les autres court, mais non épaté. [Différent d'ailleurs du nez camus des myxœdémateux.] La bouche, plutôt petite, est d'habitude entr'ouverte, laissant voir, plus ou moins, la langue qui est *hachurée*. La dentition est tardive.

« Dans son ensemble la figure est plate. Les joues ont une coloration rouge, un peu vineuse. [Il en est de même quelquefois du menton.] Les oreilles sont peti-

tes en général bien conformées [mais offrant des particularités de détail, sur lesquelles nous reviendrons.] La tête est d'ordinaire penchée.

« Les *mains*, idiotes, et les *pieds* sont courts et larges. Les testicules, dit-on, sont petits, non descendus ou il y a une cryptorchidie unilatérale. D'après nos observations, ce ne serait pas la règle. En effet, trois de nos mongoliens ont un développement sexuel en rapport avec leur âge, verge et testicules. Chez un seul, il y a cryptorchidie unilatérale droite (1). Chez tous, le ventre est gros, disproportionné, [sans hernie ombilicale ou inguinale comme chez les myxédémateux.] Il y a un arrêt de développement du corps (*nanisme*).

« Sous le rapport intellectuel, ces idiots ne se distinguent pas notablement des autres et présentent à peu près tous les degrés de l'idiotie. Leur caractère est plutôt sournois ; leur éducabilité, relative. »

L'observation de Conn.., les commentaires dont nous l'avons accompagnée, complètent dans une certaine mesure ce résumé clinique.

BIBLIOGRAPHIE. — Nous n'avons pas la prétention de donner ici une bibliographie complète de la question, mais seulement l'indication des travaux les plus importants, à notre connaissance.

Kalmuk Idiocy; Report of a case with autopsy, by John FRASER. *With notes on sixty-two cases*, by Arthur MITCHELL (*Journ. of mental Science*, vol. XXII, July 1877, p. 169-179). Avec un portrait, une planche du crâne, de la tête, du pied et une planche du cerveau. Ces deux mémoires constituent peut-être l'ensemble le plus complet sur l'idiotie mongo-

(1) Une *seule* de nos malales était réglée, For.., depuis l'âge de 11 ans et demi. *Les mongoliennes* diffèrent à cet égard des *myxœdémateuses*.

lienne. — Talford Smith, *Pediatrics*, 1er oct. 1896; — John Thomson, *Certains forms of Imbecillity in Infancy (The Scot, Med, and Surg.*, march 1898); — Archibald Garrod, *Trans. clin. Soc.* London, 1899; — A. W. Wilmarth, *Report ou the examination of* 100 *brains of Feeble-Minded children;* — Fournier (A.), *Les affections parasyphil.,* 1894; — Shuttleworth, Congrès inter. de médecine de 1900 (section de psychiatrie, p. 159); — Winston Hall, *A case of Mongolism (Pediatrics*, 1901, p. 445*)*.

VIII.

Etude histologique de deux cas d'idiotie type « Mongolien » ;

Par PHILIPPE et OBERTHUR.

L'un des cas (Lou..) a été étudié complètement à l'aide de toutes les techniques habituelles. L'examen a porté sur une série de morceaux prélevés dans tous les points de l'écorce cérébrale. Le deuxième cas (Dou..) a été examiné à l'aide d'un moins grand nombre de préparations.

Disons tout d'abord que les lésions sont essentiellement diffuses, s'étendant aussi bien à la substance blanche qu'à la substance grise et aux méninges. Partout, elles sont du même type. Toutefois, elles sont notablement plus accusées au niveau de l'écorce frontale, au niveau de la région pariétale postérieure, aux environs du pli courbe, et à la région occipitale (surtout scissure calcarine et circonvolutions occipitales internes).

Les types lésionnels sont très analogues dans les deux cas, avec une moindre intensité dans le cas de D... que dans le cas de L...

1° Méninges. — A l'état frais, les méninges molles étaient légèrement épaissies et plus opaques qu'à l'état normal.— Examinées au microscope, elles sont plus riches en vaisseaux ; leur adhérence avec le tissu nerveux sous-jacent est faible, aussi bien sur le dôme des circonvolutions que dans l'intérieur des sillons. Après décortication, il n'y a pas d'érosion de la substance grise, bien que la face profonde de la pie-mère se montre légèrement tomenteuse et

hérissée de fins tractus conjonctifs. L'examen histologique fait voir qu'il s'agit d'une méningite fibreuse légère envoyant dans la région sous-pie-mérienne des prolongements nombreux et de fins vaisseaux. Au sein des mailles formées par le tissu conjonctif des méninges, on rencontre un certain nombre de noyaux de cellules fixes, mais relativement peu d'éléments migrateurs. Nulle part, on ne voit de nodules lymphocytaires autour des vaisseaux, ni les trainées de cellules embryonnaires, si habituelles dans certains types de méningo-encéphalites de l'enfance.

Du côté des vaisseaux méningés, il y a peu de chose à signaler : pas d'endartérite, ni d'endophlébite, mais simplement une sclérose portant surtout sur la tunique externe, quelquefois avec aspect hyalin des parois. Nulle part dans leur voisinage, on ne constate de phénomènes diapédétiques ou franchement inflammatoires.

2° ÉCORCE CÉRÉBRALE. — L'écorce, ainsi qu'on peut le voir même à l'œil nu sur les pièces convenablement imprégnées par les sels de chrôme, est amincie ; cet amincissement s'étend aussi à la substance blanche : il s'agit donc d'une véritable *microgyrie* sans sclérose cérébrale.

La région sous-pie-mérienne, outre sa pénétration abondante par les tractus scléreux issus de la méninge et déjà signalés plus haut, présente un épaississement marqué.

La *substance grise* de l'écorce doit être étudiée successivement par rapport à l'état : *a) des cellules nerveuses* ; *b)* de son *réseau myélinique* ; *c)* de son *stroma névroglique* et de ses *vaisseaux*.

a) *Cellules nerveuses.* — Outre l'amincissement des couches, il existe une raréfaction notable des cellules encore plus considérable qu'il ne paraît, étant donnée l'atrophie de celles-ci. En effet, les cellules sont petites, presque d'égale dimension dans toutes les régions, souvent arrondies, quelquefois fusiformes (apparence de neuroblastes), si bien qu'il faut une certaine attention pour les distinguer des éléments névrogliques.

La méthode de Nissl permet de constater la fréquence d'un état de surcoloration du noyau (*chromophile*), et souvent sa déformation avec plissement de ses contours. Le

nucléole est bien délimité et très visible. Le protoplasma est peu riche en prolongements ; il contient très peu d'éléments chromatophiles, si bien qu'il s'agit parfois d'une véritable *achromatose*, même pour les grandes cellules pyramidales. Nulle part on ne découvre de surcharge pigmentaire des cellules.

L'agencement des cellules les unes par rapport aux autres est assez régulier ; les bouleversements et les hétérotopies de ces éléments sont ici tout-à-fait exceptionnels. Les lésions cellulaires semblent atteindre leur maximum dans les circonvolutions pariétales inférieures et au niveau du pli courbe.

b) Réseau myélinique. Le réseau d'Exner, quoique très grêle, n'a nulle part disparu, mais ses fibres sont d'une extrême ténuité, et cette minceur des gaînes paraît bien être la caractéristique des lésions myéliniques, ici constatées. Les autres couches de fibres tangentielles, sous-corticales et intra-corticales, sont moins bien représentées que le réseau d'Exner. Le tableau histologique est donc, encore dans cet ordre d'idées, bien différent de celui de la paralysie générale. Les fascicules des fibres radiaires sont également peu fournis; de plus, leur direction est souvent assez irrégulière.

Névroglie et vaisseaux — La trame névroglique est peu visible, et sa fibrillation peu nette; nulle part on ne rencontre de cellules-araignées avec leurs volumineux prolongements. Par contre, les noyaux névrogliques sont nombreux, surtout dans le voisinage des cellules nerveuses et principalement dans les couches les plus inférieures de l'écorce, cela sans neuronophagie évidente; les noyaux névrogliques sont pour la plupart petits et riches en chromatine, sans protoplasma visible.— Les vaisseaux ne sont nombreux qu'au niveau des dernières assises cellulaires corticales, et leur aspect est identique à celui que nous allons rencontrer dans la substance blanche.

Substance blanche.—Celle-ci présente partout un type

uniforme. Le centre ovale des circonvolutions apparait, par la coloration de Weigert-Pal, beaucoup moins foncé qu'à l'ordinaire; c'est une décoloration massive, uniforme et non en foyers. Il était d'ailleurs aisé de prévoir cette formule, étant donnée la rareté des fibres radiaires de l'écorce. Prises individuellement, ces fibres sont, comme plus haut, d'une excessive minceur : c'est encore l'indice d'un arrêt de développement, d'une véritable *dystrophie*, encore démontrée par toutes les autres lésions.

Entre ces fibres, la névroglie fibrillaire est rare; nul indice de sclérose au début; les noyaux sont en grand nombre, quelques-uns sont entourés de protoplasma légèrement granuleux.

L'abondance des vaisseaux caractérise la substance blanche; leurs parois sont très scléreuses ou hyalines. Ce qui frappe encore davantage que le nombre des vaisseaux, c'est la dilatation de leur gaîne adventice, qui atteint ici des proportions inaccoutumées.

Ainsi, il n'est pas possible de constater dans ces deux cas la moindre lésion permettant de les rattacher aux autres types de méningo-encéphalites de l'enfance, pas plus qu'on ne peut, s'appuyant sur la rétraction apparente des circonvolutions, songer à la sclérose cérébrale atrophique, même à son début; l'absence de sclérose névroglique fibrillaire suffirait à elle seule, croyons-nous, pour permettre d'écarter ce diagnostic.

En résumé, il convient plutôt de penser à un processus dégénératif, avec lésions dystrophiques très avancées. Pour le dire dès maintenant, à ce processus se rapportent, croyons-nous, bien des cas d'*idiotie dite essentielle*, et même beaucoup de cas désignés improprement sous l'appellation de méningo-encéphalites, Cette dernière dénomination ne saurait s'appliquer à nos cas, puisqu'elle préjuge nécessairement un processus inflammatoire qui ne nous parait pas avoir existé ici, au moins si l'on s'en rapporte aux lésions ordinaires des méningo-encéphalites.

[Nous publierons les obs. de D.. et de L.. dans le Compte-rendu de 1902.]

IX.

Porencéphalie vraie de l'hémisphère gauche; pseudo-porencéphalie des deux hémisphères;

PAR BOURNEVILLE ET MOREL.

SOMMAIRE. — *Père, déserteur, envoyé aux Cies de discipline, divorcé; nombreux excès de boisson; caractère violent. Tante, convulsions de l'enfance. — Une cousine aliénée, excès de boisson. — Renseignements insuffisants sur la famille. — Mère, rien de particulier. — Grand-père maternel, excès de boisson.*

Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 10 ans.

Première dent à 13 mois. Dentition complète à deux ans. — Parole, marche, propreté nulles. — Convulsions à 15 jours. — Aucune maladie infectieuse avant l'entrée. — Rubéole en 1901. — Hypothermie (34°, 2). — Mort.

AUTOPSIE : *Pseudo-porencéphalie bilatérale. — Porencéphalie vraie à gauche.*

Bouch..... (Jeanne), née à Marval (Hte-Vienne), le 13 avril 1893, est entrée le 5 avril 1901, à la Fondation Vallée.

Antécédents héréditaires. (*Renseignements fournis par la mère).* — PÈRE, 39 ans, employé de commerce. N'a jamais été malade dans son enfance, n'aurait pas eu de convulsions (une de ses sœurs en a eu). Engagé volontaire à 18 ans, il a fait son service dans l'artillerie à Angoulême et a déserté « parce qu'il s'ennuyait au régiment ». Repris par les gendarmes, il fut envoyé aux compagnies de discipline jusqu'à l'expiration de son temps de soldat. Rentré dans la vie civile, il reprit son ancien métier d'employé de commerce et se maria à 30 ans à Limoges. A cette époque il se met à *boire* du vin, des liqueurs et du rhum; pas d'absinthe; il a des *céphalalgies* fréquentes, attribuées à la boisson. Après un an de mariage ses *habitudes alcooliques* deviennent plus fréquentes; ivre

tous les soirs, violent et emporté il bat sa femme à différentes reprises, et pour les motifs les plus futiles ; brise son mobilier et commet « mille folies ». Entre ses périodes d'ivresse il semble « intelligent, mais dépourvu de jugement. » Fumeur sans excès. Pas de maladies vénériennes ; pas d'affections cutanées. Très paresseux, il se fondait sur ce que sa femme, institutrice, gagnait quelque argent, pour ne rien faire. Poussée à bout, sa femme renonça à la vie conjugale qui était devenue impossible et habita dés lors l'école où elle enseignait, à St. Yriex. Un jour, pendant une courte absence qu'elle fit pour aller voir sa famille, son mari pénétra par ruse dans l'école, enleva tout le mobilier et le vendit pour se faire de l'argent. Il renouvela cet exploit quelques mois plus tard, mais compliqua son cas de vol avec effraction. Après 3 ans de ménage, — il avait alors 34 ans — il s'engagea dans la Légion étrangère, où il sert encore actuellement. Depuis lors sa femme ne l'a revu qu'une fois, lorsqu'elle alla en Afrique présenter sa demande en divorce.

[Son *père* est mort à 63 ans, depuis le divorce, on ne sait de quelle affection. Contrairement à son fils, il était sobre et de caractère doux. — Sa *mère* était sobre, douce, pas nerveuse ; ce sont les seuls renseignements qu'on ait sur elle. — Aucun renseignement sur les *grands parents*, tant parternels que maternels. — Pas d'*oncles parternels*. — Quatre *tantes paternelles*, sur lesquelles on n'a aucun renseignement, sauf que l'une d'elles, veuve d'un médecin, et de bonne santé, en a eu deux filles. La première aurait présenté des signes d'*aliénation mentale intermittente* : elle « déclamait sans raison, faisait des discours », elle *buvait* abondamment du vin et des liqueurs. La seconde était normale, sobre, et n'a jamais présenté d'accidents nerveux. Ni l'une ni l'autre n'ont eu des enfants. — Pas d'*oncles paternels*, pas de *tantes maternelles*.

Un *frère*, capitaine à Valenciennes, est sobre, bien portant, pas de renseignements sur les convulsions ; il est marié et a un garçon, sur lequel il n'existe aucun renseignement. — Quatre *sœurs*, deux sont mariées à des sous-officiers ; elles ont une bonne santé ; l'une à un enfant qui n'a jamais eu de convulsions. — Deux autres *sœurs*, célibataires, n'ont rien de notable. La mère de l'enfant qui fournit les détails, dit n'avoir jamais bien connu la famille de son mari. Elle ne saurait dire s'il y a eu des aliénés, des épileptiques, des idiots, etc., etc.]

MÈRE, 30 ans, institutrice depuis l'âge de 21 ans, a eu, à 5

ans, une fièvre typhoïde bénigne, sans délire ni accidents cérébraux. Pas de convulsions, pas de chorée, pas de rhumatismes, pas de migraines, pas le moindre accident nerveux. Caractère doux. Sobre, elle boit habituellement de la bière.

[Son *père*, est mort à 61 ans, en novembre 1901, d'une *tumeur* au cou. C'était un *grand buveur* « mais qui portait bien la boisson et avait bien conservé toute sa raison ». — Sa *mère*, vivante, est âgée de 61 ans, de caractère doux, elle n'a jamais eu d'accidents nerveux. — *Grand père paternel*, mort à 77 ans, n'était ni dément, ni paralytique. — *Grand mère maternelle*, morte d'une affection cardiaque. — Pas de renseignements sur les *grands oncles* et les *grandes tantes*. — Pas d'*oncles paternels*. — Deux *tantes paternelles*, bien portantes, mariées, ont des enfants bien portants qui n'ont jamais eu de convulsions. — Un oncle maternel s'est *suicidé* à la suite de mauvaises affaires. Il a laissé deux enfants normaux, sans convulsions. — Pas de tantes maternelles.

Pas de consanguinité. — Différence d'âge de près de 10 ans (père plus âgé).

Enfants : un seul, notre malade. Pas de fausses couches.

Conception. A eu lieu après un mois de mariage. Le père n'était pas ivre : « quand il avait bu il était comme une masse inerte ». La mère ne présentait rien de spécial. Il n'y avait dans le ménage, à cette époque, ni misère, ni mauvaise entente.

Grosesse. A peu près normale ; pas de coups. pas de chutes, mais des émotions fréquentes pendant toute la grossesse, provoquées par les scènes que lui faisait constamment son mari toujours ivre. Pas de convulsions, peu de vomissements, et seulement pendant le premier mois, pas d'albuminurie. A 4 mois et demi, elle sentit son enfant remuer, les mouvements étaient rares et faibles.

Accouchement à terme, après cinq heures de travail ; il fut facile, ne nécessita ni le concours d'un médecin, ni l'intervention du chloroforme. Les eaux « étaient de quantité normale la sage-femme l'a dit.»

Naissance. L'enfant naquit par le sommet ; elle avait un circulaire du cordon autour du cou, et se présenta en *asphyxie bleue* qui ne dura que quelques instants. La sage-femme «lui donna une violente claque, et elle respira largement». C'était une très belle enfant.

Allaitement. La mère essaya de nourrir son enfant au sein, mais comme, au début, elle n'avait pas de lait, elle lui donna

un biberon rempli de lait de vache ; l'enfant fut ainsi nourrie pendant tout le premier mois. Au bout d'un mois, la mère ayant du lait, laissa le biberon de côté, et donna le sein jusqu'à la fin du 13e mois. Durant les quinze premiers jours, l'enfant cria peu, mais ensuite elle eut des *accès de cris*, surtout nocturnes, qui se répétèrent pendant trois ou quatre mois, et qu'on attribua à des coliques.

A 15 jours, elle eut ses *premières convulsions* : « ses petits doigts remuaient, ses paupières battaient, sa bouche était contorsionnée, ses bras et ses jambes n'étaient pas raides » (?). Les mains seules remuaient, et surtout la main droite qui dans la suite fut *paralysée. Ces convulsions durèrent dix-huit heures.* On put faire boire à l'enfant, à l'aide d'une cuiller, un peu de tilleul. On ne sait si les mâchoires étaient serrées.

A treize mois, l'enfant perça sa *première dent*; à deux ans, sa première dentition était complète. Sa deuxième dentition ne débuta guère qu'à huit ans. Pendant son enfance, elle n'eut aucune des maladies habituelles aux enfants (rougeole, variole, varicelle, scarlatine, oreillons, diphtérie, coqueluche). — Son caractère était enjoué, mais elle ne parla jamais, ne marcha pas et ne fut jamais propre.

L'enfant qui, avant les convulsions, était grosse, et bien remuante (?) des bras et des jambes, sembla se porter aussi bien, après cette crise. On ne remarqua pas de paralysie, on assure même qu'à huit mois elle essaya de marcher (?). Ce n'est que vers le 15e mois qu'on s'aperçut que le *côté droit* (bras et jambe) était moins développé que le côté gauche. L'enfant ne pouvait se tenir debout, elle avait les jambes molles. Vers le 20e mois les jambes prirent de la raideur. De même le bras droit devenait inhabile et l'enfant saisissait de sa main *gauche* la cuiller ou le gâteau qu'on lui présentait, pour les porter à sa bouche. Elle portait le bras droit plutôt allongé, mais la main était fléchie sur l'avant-bras, le poignet raide, le coude un peu difficile à mobiliser ; pas de tremblement dans le membre supérieur droit qu'elle pouvait élever un peu au-dessus du plan du lit. A la jambe droite, des phénomènes analogues s'observaient, mais la raideur était moins marquée qu'au bras correspondant. La *raideur* s'est manifestée dans la jambe droite entre le 20e et le 24e mois. C'est à cette époque que les jambes se sont croisées, tous les efforts de la mère n'arrivaient pas à obtenir une position régulière, malgré l'attention constante qu'y apportait la mère : « je les décroisais d'une façon, elle les croisait d'une autre ». Assez fréquemment elle était

prise d'un *tremblement convulsif* qui durait 10 à 15 secondes et quelquefois la faisait rire convulsivement. Le côté droit, bras et jambe, a toujours été plus raide que le gauche.

Les pieds étaient un peu tournés en dedans, mais cette difformité s'accentua beaucoup quand, vers le 20e mois, on essaya de la faire marcher, le pied droit s'incurva plus que le gauche.

Elle ne manifestait, par aucune initiative, l'état de son intelligence. Toutefois elle semblait préférer être assise sur les genoux de sa mère que sur ceux de sa grand'mère. Elle aimait les caresses, mais ne les rendait pas ; elle aimait qu'on la fît jouer, mais ne jouait pas spontanément. Elle était vivement impressionnée par les sons musicaux : un air gai la faisait rire, un air triste provoquait ses larmes.

Elle n'avait aucun mauvais instinct, n'était ni gourmande, ni voleuse, ni colère, ne se livrait pas à l'onanisme. A la suite de ses convulsions, elle eut aussi des *frayeurs* survenant par accès. «Elle avait comme peur, criait, se retournait brusquement et ne se calmait que quand je la prenais dans mes bras.» Ces frayeurs, qui revenaient tous les mois, furent au maximum vers l'âge de 5 à 6 ans ; elles s'atténuèrent dans la suite.

L'enfant ne présentait ni troubles vaso-moteurs, ni changements brusques de coloration ; sa mère affirme que la *fontanelle*, qui avant les convulsions battait sensiblement, était devenue dure et ne battait plus après cette crise.

Ces convulsions du 15e jour furent les seules qu'on observa chez Jeanne Bouch.. A mesure qu'elle grandissait, sa mère constatait plus nettement sa *paraplégie* et le développement presque nul de son intelligence ; aussi se décida-t-elle à placer l'enfant, qui entre le 5 avril 1901 à la Fondation Vallée. A son entrée dans le service, l'enfant présente une légère élévation de la température.

Température rectale à l'entrée.

	Matin.	Soir.
	—	—
5 avril, 1er jour	»	37°,2
6 — 2e —	37°,3	37°,5
7 — 3e —	37°	37°,4
8 — 4e —	37°,1	37°,5
9 — 5e —	36°,9	37°,2

Etat actuel. — Plutôt pâle et maigre, l'enfant a une physionomie souffreteuse ; elle pleure sans cesse et grince des dents d'une façon continuelle. Ses cheveux, normalement implantés, sont

châtain foncé. Pas de cicatrices, pas de ganglions engorgés. Le crâne est brachycéphale, symétrique ; les fontanelles sont soudées. Le visage est rond, les arcades sourcilières assez saillantes, pas de blépharite. Les yeux sont normaux ; ni exophtalmie, ni strabisme. Iris gris clair. Impossible d'avoir



Fig. 10.

des renseignements sur la chromatopsie, l'acuité visuelle, étant donné l'état d'idiotie de l'enfant.

Le nez est aquilin et normalement conformé, les pommettes légèrement saillantes, les joues moyennes et symétriques. La bouche et les lèvres n'offrent rien à noter. Voûte palatine abaissée ; la suture des apophyses palatines des deux os

maxillaires supérieurs est très marquée et forme un raphé saillant. — Les *dents* de la mâchoire supérieure sont pour la plupart cariées; ce sont des dents de la première dentition; comme dents définitives, il n'y a que les incisives médianes, une distance de $0^{m},003$ sépare ces deux incisives. A la mâchoire inférieure la dentition est presque normale. — Le *menton* est arrondi, sans fossette. — Les *oreilles* sont volumineuses, assez écartées du crâne, surtout l'oreille droite, mais par ailleurs bien conformées.

Cou. — Le corps thyroïde n'est pas perceptible à la palpation.

Le *thorax* est bien conformé ; pas de nouures costales rachitiques ; sternum bien incurvé. Les seins sont à peine indiqués. Le cœur et les poumons sont normaux.

L'*abdomen* est petit, non douloureux; rien à signaler quant au foie, à la rate ou aux fosses iliaques.

Les *membres supérieurs*, grêles, sont cyanosés à leur extrémité (mains et partie antérieure des avant-bras) le membre supérieur droit est *contracturé,* le coude est appliqué contre le corps, l'avant-bras fléchi à angle aigu sur le bras et la main dans une flexion sur l'avant-bras, un peu inférieure à l'angle droit. Cette attitude est presque permanente, les mouvements volontaires sont très peu marqués, néanmoins par un effort prolongé on arrive aisément à réduire sans exception toutes ces attitudes vicieuses. Le membre supérieur gauche ne présente pas d'attitude vicieuse, mais les muscles n'ont pas leur souplesse normale. Les *mouvements volontaires* de ce côté sont possibles, avec une grande amplitude.

Les *membres inférieurs* sont cyanosés à leur extrémité (pied et partie inférieure de la jambe). Les cuisses, fortement entrecroisées à leur partie moyenne, la droite passant sur la la gauche, sont fixées d'une façon constante dans cette attitude vicieuse. La cuisse droite est dans un état d'abduction plus marqué que celui de la cuisse gauche. Les deux cuisses sont fléchies sur le bassin; les jambes fléchies sur les cuisses, les *deux pieds en varus* très marqué : ces attitudes vicieuses complètement réductibles au pied et au genou, ne le sont pas à la hanche. La *marche* est absolument impossible. Les *réflexes* sont très exagérés. La *sensibilité générale* existe, mais il est difficile d'en apprécier les divers modes, car l'enfant pleure sans cesse.

Corps glabre y compris le pénil et les grandes lèvres, bien formées ; petites lèvres bien dessinées.

Dès les premiers jours de son séjour à la Fondation Vallée,

on constate que l'enfant est atteinte d'*idiotie complète*. Elle ne marche pas. Elle est gâteuse de nuit et de jour; elle sait à peine manger avec l'aide de ses doigts; elle ne peut se servir d'aucun objet de table, et quant à ses aliments ils doivent être de consistance molle pour qu'elle les avale, le mauvais état de sa dentition ne lui permettant qu'une mastication insuffisante. Du reste, les digestions sont faciles; l'enfant ne vomit pas, ne rumine pas; les selles sont régulières sans constipation, ni diarrhée. L'enfant qui a été très gâtée chez elle est exigeante, il faut la tenir sans cesse occupée, la caresser, la promener dans les bras, chanter, pour calmer ses cris et ses pleurs, qui ne cessent pour ainsi dire, quoiqu'ils ne soient pas motivés; l'enfant sourit rarement. Le soir avant de s'endormir, elle a fréquemment des *crises de colère;* son *sommeil* est parfois entrecoupé de réveils brusques, de pleurs et de cris. On ne l'a jamais vu se livrer à l'onanisme.

L'enfant ne saurait procéder à sa toilette, ni même y participer dans une mesure quelconque; elle s'y prête à contre cœur, n'aime pas à être débarbouillée, et pleure dès qu'on la nettoie.

Elle a la manie de se *mordre* l'extrémité des doigts jusqu'à y faire des excoriations quand elle se met en colère. Elle parait avoir des maux de tête de temps à autre : elle cherche à appuyer son front contre le mur, ou sur la table, sur un siège. Brusquement, ses pommettes deviennent très rouges, puis, l'instant d'après, le teint reprend la coloration mate qui lui est habituelle.

L'attention de l'enfant est facile à fixer; sa vue est bonne; son ouïe est spécialement bien développée; la musique vocale ou instrumentale la fait sourire et la rend joyeuse. Elle ne fait pas de différence entre les bonnes et les mauvaises odeurs, mais elle distingue un aliment sucré d'un aliment salé, et parmi les liquides elle préfère avant tout la bière qu'elle boit avidement. Tel était l'état de l'enfant au mois d'avril 1901; le 22 du même mois, elle quitte la Fondation Vallée pour passer à l'Isolement avec une éruption suspecte.

1901. 27 *avril*. Entre à l'isolement pour éruption rubéoliforme assez discrète; au maximum à la face antérieure du thorax, mais disséminée sur tout le corps. Pas de température. Pas d'angine, pas de vomissements. Conjonctives rouges, pas de catarrhe nasal.

28 *avril*. L'éruption mieux sortie et plus colorée couvre les membres inférieurs, et commence à pâlir au niveau du visage.

Toujours pas de fièvre. L'état général est bon ; légère diarrhée; état d'intégrité absolu des poumons.

2 *mai*. — Disparition complète de l'exanthème. Il s'agit d'une *rubéole bénigne*, dont l'enfant ne garde actuellement que de petits abcès très superficiels au niveau des fesses.

15 *mai*. L'enfant reste à l'isolement en convalescence. Pas de fièvre, rien à signaler, si ce n'est un amaigrissement assez marqué.

30 *mai*. Ce matin à 6 heures, l'enfant *meurt brusquement* sans avoir présenté, à aucun moment, de la fièvre ou un symptôme quelconque. Hier l'enfant avait mangé avec appétit deux potages gras et deux œufs frais ; elle avait bu quelques cuillerés d'une potion de Todd. Ce n'est que vers minuit qu'elle a paru souffrante; la surveillante fit prendre sa température : on nota 34°, 2; cette hypothermie fut constatée avec deux thermomètres et par deux personnes différentes. C'est le seul symptôme qu'on ait constaté. A 4 heures du matin, l'interne de garde, appelé, voit l'enfant mourir sous ses yeux «aussi simplement qu'on s'endort.» Au moment de la mort, la température du corps était de 30°.

Tableau des Poids et Taille.

	1901 Avril
Taille	1m 12.
Poids	15 Kgr.
Poids après décès	12 k. 500.

Mesures de la tête.

	1901 Avril
Circonférence horizontale maxima	48
Demi-circonférence bi-auriculaire	32
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	33
Diamètre antéro-postérieur maximum	15.6
Diamètre bi-auriculaire	11.3
Diamètre bi-temporal	13.5
Diamètre bi-temporal	10.4
Hauteur médiane du front	4

Température après décès.

	T R.	Temp. de la salle.
Aussitôt la mort	30°	24°
1/4 d'heure après la mort	30°	24°

Autopsie pratiquée le 31 mai, vingt six heures après le décès.

TÊTE. — *Cuir chevelu* peu épais, sans ecchymoses. — *Crâne* arrondi ; plagiocéphalie prononcée ; aplatissement du frontal gauche, saillie de l'occipital droit ; os durs, assez épais ; plaques transparentes ; pas de synostose. Les *sutures* sont très finement dentelées. Il existe un os wormien à la partie postérieure de la suture interpariétale et un os épactal, irrégulier, à la jonction de cette suture avec les sutures pariéto-occipitales. Les sutures et les contours des *os wormiens* sont très nets à la face interne. — *Liquide céphalo-rachidien,* 30 gr. — Adhérences assez nombreuses et assez résistantes de la dure-mère au crâne ; cette méninge est épaisse et d'aspect blanc laiteux. — Les différentes parties de la *base* du *crâne* et le *trou occipital* n'offrent rien à signaler. Il en est de même de la *glande pituitaire.*

Les *nerfs olfactifs* sont égaux. Le *nerf optique* et la *bandelette* gauches sont un peu plus petits que les parties droites correspondantes.

Le *tubercule mamillaire gauche* est aussi un peu plus petit que le droit. — Lè *pédoncule cérébral gauche* est moins bombé que le droit. — La moitié gauche de la *protubérance* est un peu moins bombée que la droite. — Le *bulbe* a été maladroitement coupé trop coûrt et un peu abîmé dans l'extraction de l'encéphale, en sorte qu'il est impossible de comparer les *pyramides* et les *olives.*

L'*encéphale* n'est examiné que le 31 mars, soit 305 jours aprés l'autopsie; il pèse, après imbibition dans le formol 1.115gr. Lorsqu'on incise les *pédoncules cérébraux* la coupe du côté gauche est moins large que la droite. — Pas de différence sensible de coloration. — Sur la coupe correspondant à la *protubérance,* on voit très nettement l'*aqueduc* de *Sylvius* *Cervelet et isthme,* 152 gr. Chacun des *hémisphères cérébelleux* pèse 66 gr. — Le *quatrième ventricule* n'offre rien de particulier. — Les *artères* de la base sont symétriques. — Des deux côtés il existe un ancien *foyer d'infiltration celluleuse* qui a détruit l'extrémité antérieure du *lobe temporal.* — La *glande pinéale* est un peu volumineuse. — Le *genou* du *corps calleux* est assez développé, mais le *corps calleux* lui-même n'a que 0m004 dans sa moitié antérieure et 0m003 dans sa moitié postérieure. Le *bourrelet* est également peu volumineux.

Hémisphère cérébral droit. — Les circonvolutions du lobe

frontal ont leur couleur naturelle et sont très grêles; seule la moitié postérieure de F^2 est assez développée. FA et surtout PA sont aussi peu développées. — P^1, P^2, PC et les parties postérieures des circonvolutions temporales sont bien développées. — *Couche optique,* aspect gris très prononcé. — La lésion qui a abouti à une *infiltration celluleuse (pseudo-porencéphalie)* a détruit la corne d'Ammon et un peu du bord de la circonvolution de l'hippocampe et l'extrémité des trois circonvolutions temporales. — Elle porte surtout sur les deuxième et troisième temporales.

Hémisphère gauche. — Il existe un foyer analogue d'*infiltration celluleuse (pseudo-porencéphalie)* sur cet hémisphère, situé dans la même région. De plus, sur le bord interhémisphérique, au niveau du lobe paracentral, se voit un *second foyer* qui a détruit la partie antérieure de F^1 (face externe), toute la partie antérieure du lobe paracentral ainsi que la moitié postérieure de F^1 (face interne) et la partie correspondante du sillon calloso-marginal. *Porencéphalie vraie.*

La lésion s'étend en profondeur, en arrière du bord inférieur du lobe carré jusque dans le ventricule.

Lorsque la pie-mère est enlevée, on a sous les yeux comme une sorte de cratère communiquant jusqu'au ventricule latéral. (PLANCHE XVI.)

Les circonvolutions du lobe frontal sont assez sinueuses avec des plis de passage et des sillons assez profonds. La FA est peu développée ; sa partie supérieure a été détruite par la lésion congénitale. Nous avons vu que la branche horizontale du porus se confondait avec le sillon de Rolando. PA est déformée et incomplète, étant intéressée par la lésion dans son bord antérieur et son bord supérieur. Le *lobe occipital* n'offrait rien de particulier.

L'examen de cette portion du cerveau montre que le *porus* a la forme d'une large crevasse qui interrompt la continuité du bord supérieur de l'hémisphère au niveau du lobule paracentral et se continue sur les versants interne et externe de l'hémisphère, figurant un angle légèrement obtus, à branche verticale courte répondant à la face interne de l'hémisphère et à branche horizontale longue coupant perpendiculairement la direction des ciconvolutions de la face externe. La branche horizontale mesure 0^m05 de longueur, la branche verticale 0^m03. L'écartement entre les deux lèvres de la crevasse est de 0^m02 au niveau du bord supérieur de l'hémisphère ; à la terminaison de la branche verticale interne, l'écartement est de

0^m01; au contraire les lèvres de la crevasse sur la branche horizontale se rapprochent insensiblement en descendant sur la face externe de l'hémisphère et finissent par se fusionner en une commissure, à la partie inférieure du sillon de Rolando qu'elle paraît remplacer. D'une façon générale les bords de la crevasse sont à pic et laissent plonger le regard jusqu'au ventricule. Pour décrire exactement la perte de substance dans la profondeur, nous avons coulé de la paraffine dans la crevasse et nous avons obtenu le moulage du *porus*. Dans son ensemble, et abstraction faite de petits prolongements qui s'amorcent dans la cavité principale, *le porus a la forme d'une pyramide triangulaire* dont la base, dirigée en dedans, occupe le bord interne de l'hémisphère et dont les faces peuvent être distinguées en supérieure (répondant à la face externe de l'hémisphère), en antérieure (répondant à la partie postérieure absente de la F^1 (sur la face interne), et de la partie supérieure de F. A., et en postérieure (répondant à la partie antérieure de la PA).

Les deux faces, antérieure et postérieure, se réunissent dans la profondeur par un angle assez aigu qui suit de dedans en dehors la circonvolution du corps calleux, la partie supérieure du noyau caudé, et tombe enfin dans la cavité ventriculaire.

La *base du porus* est limitée en avant par la partie antérieure de F^1 (face interne) ; en arrière par le lobe carré ; en bas par la circonvolution du CC ; en haut elle se continue avec la face supérieure de la cavité. En somme la base du porus a fait disparaître la partie postérieure de F^1, la plus grande partie du lobe paracentral et la partie supérieure de F A et la partie postérieure de la circonvolution du C C.

La *face supérieure du porus* est limitée en avant et de dedans en dehors par la partie postérieure de la F^1, le bord postérieur de la F A ; en arrière par la partie antérieure de la P^1, et le bord antérieur de la P A. En somme la face supérieure du porus a fait disparaitre la portion postérieure de la F^1, la partie toute supérieure de la F A, et la portion antérieure de la P A.

La *face antérieure du porus*, comprise de haut en bas entre l'écorce de la face externe et la paroi supérieure du ventricule, et de dedans en dehors entre le bord interne de l'hémisphère et le bord postérieur de la F A, a intéressé une portion de la F^1 ; notons l'intégrité de la F^2 dont la partie postérieure saille dans la cavité du porus et se traduit par une dépression sur notre moulage.

La *face postérieure du porus*, comprise de haut en bas entre l'écorce et la paroi supérieure du ventricule et de dedans en dehors entre la scissure calloso-marginale et le bord antérieur de la P A, a intéressé toute l'extrémité antérieure de la pariétale supérieure et (dans la profondeur seulement) la partie antérieure de la P A.

Le moulage nous montre un *boyau de communication entre le porus et la cavité ventriculaire*. Ce boyau, qui permet le passage d'un crayon, est aplati dans le sens supéro-inférieur et étiré dans le sens antéro-postérieur. Il s'amorce non loin de la base du porus, sur la crête inférieure qui réunit les parois antérieure et postérieure de la cavité, puis se dirigeant en bas, en dedans et un peu en avant, il passe en dehors de la circonvolution du corps calleux, en dehors du corps calleux et aboutit au ventricule, au niveau de la face supérieure de la couche optique.

Etant données la densité de la substance cérébrale et les dimensions du porus, on peut évaluer la perte de substance de 25 à 30 grammes.

Les *parois du porus* sont parfaitement lisses. Les portions de circonvolutions qui bordent sa branche horizontale sont perpendiculaires et arrondies.

A la partie supérieure du porus les circonvolutions ont une coloration grise et immédiatement au-dessous les parois sont blanches offrant également des portions arrondies.

Cou. — Le *corps thyroïde*, plutôt petit, n'offre rien de particulier dans sa forme ou sa situation. Pas de persistance du *thymus*.

Thorax. — Les *poumons* sont retractés dans les gouttières costo-vertébrales. Le *poumon droit*, d'aspect normal, crépite et surnarge. A la coupe, il ne présente aucune lésion macroscopique. — Le *poumon gauche* est sain. Le *cœur* est flasque ; le cœur gauche est peu épais, le myocarde un peu feuille-morte. Pas de lésion valvulaire, pas de persistance du trou de Botal.

Abdomen. — Le *foie*, de forme irrégulière, présente à la coupe un tissu compact et splénisé ; il est très congestionné et très dense. Il n'offre aucune lésion tuberculeuse. La *vésicule biliaire* est très grosse, très mobile, et contient une certaine quantité de bile incolore. L'*estomac* est petit, normal d'aspect, muqueuse détériorée par les altérations cadavériques. Les *anses intestinales*, normalement distendues par les gaz,

n'ont aucune lésion. Le *cæcum* est sain ; il ne contient pas de corps étrangers. L'*appendice*, en situation inféro-interne, est libre, long de 0m, 10 ; large de 0m, 008. Nulle trace d'inflammation. Le *rectum* et le *colon transverse* sont pleins de matières fécales. Le *péritoine pelvien* est sain. La *rate* n'offre rien à noter. Le *rein gauche* court, rond, est hyperémié ; il se décortique mal. La substance corticale est amoindrie. Le *rein droit* est également ferme ; il se décortique plus facilement que le gauche. — L'*appareil génital* est normal.

Cause de la mort : Cachexie post rubéolique.

Poids des organes.

Encéphale	945 grs.
Hémisphère cérébral droit	380
— — gauche	418
Cerveau	798
Hémisphère cérébelleux droit	70
— — gauche	65
Bulbe et protubérance	12
Cervelet et isthme	
Liquide céphalo-rachidien	30
Moelle épinière	25
Corps thyroïde	5
Thymus	pas
Cœur	75
Poumon droit	120
— gauche	120
Foie	450
Rate	35
Rein droit	45
— gauche	50

RÉFLEXIONS. — Plusieurs faits sont à relever dans l'observation précédente.

I. *Au point de vue étiologique*, il semble bien que l'*alcoolisme chronique du père* doive être incriminé : c'est là, comme on le sait, une des causes les plus fréquentes de la procréation des idiots, et l'un de nous a établi dans 36,5 p. 100 des cas le rôle néfaste de l'alcoolisme du père (1). Outre qu'il est alcoolique, le père est aussi un *imbécile moral* (déserteur «par

(1) Bourneville in *Traité de Médecine* de Brouardel et Gilbert, tome IX, page 40 et *Comptes-rendus de* Bicêtre de 1880 à 1901.

ennui», voleur avec effraction à deux reprises. Rappelons aussi qu'une de ses *cousines* était *buveuse* et *aliénée*.

Du côté maternel, nous ne relevons pas de tares, en ce qui concerne la mère, mais nous avons à signaler l'*alcoolisme* du grand-père maternel et le *suicide* d'un grand'oncle.

II. La *conception* de l'enfant, bien que le père fut alcoolique, n'aurait pas eu lieu dans l'ivresse. Notons la *faiblesse des mouvements de fœtus,* la stricture du cou par un circulaire de cordon et l'*asphyxie bleue* à la naissance.

III. *Au point de vue clinique*, il s'agit d'un cas *d'idiotie complète* (parole, marche, propreté nulles.) En outre, l'état de *contracture* permanent aux deux membres inférieurs et au membre supérieur droit, permettait de rattacher cette idiotie à des lésions en foyer. Les accidents de la grosesse, l'asphyxie à la naissance ont placé l'enfant dans de mauvaises conditions qui expliquent l'apparition des convulsions au quinzième jour de l'existence. Ces *convulsions* ont été générales, prédominant toutefois dans la moitié droite du corps. Il y aurait eu d'abord une *paralysie flasque*, peut-être progressive si l'on en croit la mère, rendant la station verticale, et à plus forte raison la marche, impossibles. La *contracture* n'aurait paru qu'à 20 mois (?). En résumé, *diplégie spasmodique*, plus accusée à *droite*.

IV. L'enfant n'a fait qu'un court séjour dans le service. Le 29 avril, elle est atteinte d'une *rubéole* au cours de laquelle la *température rectale* a oscillé entre 37°,3 et 36°,6 le plus souvent au-dessous de 37°. Or, le tableau de la température des cinq premiers jours de l'admission nous montre que sa température habituelle

était normale (7 fois sur 9 de 37°,1 à 37°,5). Il y avait donc réellement *hypothermie*. Cette hypothermie s'est accusée à partir du 23 mai, la température restant au dessous de 37°, descendant à 36°,6 puis dans la nuit de la mort à 34°,2 L'abaissement de la température et l'amaigrissement (le poids est tombé de 15kil. à 12 kil. 500) ont été les principaux caractères de sa cachexie progressive.

A propos d'une communication de M. le professeur Joffroy au Congrès de Limoges (août 1901) sur *Deux observations d'algidité centrale d'assez longue durée chez deux paralytiques généraux*, l'un de nous a rappelé quelques-unes de ses observations antérieures sur l'*hypothermie*. « Outre les cas *d'urémie* et d'*apoplexie cérébrale* accompagnés d'un abaissement de la température, dont nous nous sommes occupé naguère nous avons signalé une *hypothermie* très notable dans un cas *de refroidissement* durant l'hiver de 1870, un autre, dans un *cas d'ivresse comateuse,* tous deux consignés dans les Comptes-rendus de la *Société de Biologie*. En outre, nous avons noté un abaissement de la température rectale, en maintes circonstances chez les *idiots cachectiques,* en dehors des *idiots myxœdémateux* chez lesquels la température rectale, est toujours au-dessous de 37°. (Voir page 169).

1° Feld.., idiote microcéphale à un haut degré, âgée de cinq ans, morte avec des symptômes de broncho-pneumonie avec une température de 24° (Israélite, opposition à l'autopsie); — 2° Thom... (Louise), deux ans, idiote myxœdémateuse, morte de broncho-pneumonie (autopsie) avec 35°,1; — 3° Bivin.. (Germaine), cinq ans et demi, imbécilité hydrocéphalique, morte de brûlures superficielles, avec 35°,2; — 4° Gren... (Marcellin), six ans, idiotie congénitale, mort de tuberculose pulmonaire avec 36°. Tous ces enfants ont succombé durant les jours les plus froids de l'hiver; —

5° Girard... (Henriette), huit ans, 35°,9 ; — 6° Poir... (Lucie), sept ans, 36° ; — 7° Delom... (Henri), dix ans, 36°. Dans ces trois cas l'hypothermie s'est présentée au cours d'une grippe. Ces trois derniers enfants ont survécu. *La température a été prise avec plusieurs thermomètres et les thermomètres vérifiés avec soin, ainsi que nous avons l'habitude de le faire en présence de températures anormales.*

V. Les *lésions* trouvées à l'autopsie sont de deux ordres: deux foyers de *pseudo-porencéphalie* et un foyer de *porencaphalie vraie.*

a) Les *foyers pseudo-porencéphaliques* sont symétriques, ont détruit l'extrémité antérieure des lobes temporaux, plus à gauche qu'à droite, car à gauche le lobule de l'insula est plus découvert que de l'autre côté. Ils consistent en *pseudo-kystes,* cloisonnés par des tractus celluleux formant des logettes (*Infiltration celluleuse* de Cruveilhier). Les circonvulutions restantes, dans leur partie contiguë aux pseudo-kystes, sont irrégulières, anfractueuses, sans sclérose, sans atrophie à l'œil nu. Il s'agit là d'une lésion *acquise,* destructive, survenue après la naissance et qui s'est traduite clininiquement par l'état de mal convulsif du quinzième jour de la vie.

b) Le *foyer de porencéphalie vraie* intéressait la région paracentrale, l'extrémité postérieure de la première frontale, celle des frontale et pariétale ascendantes, se confondait extérieurement avec le sillon de Rolando et communiquait intérieurement avec le ventricule latéral. Nous avons donné plus haut une description trop détaillée pour qu'il ne soit pas superflu d'y revenir encore. Relevons seulement deux particularités capitales: 1° le porus n'offrait ni tractus celluleux, ni logettes; 2° les circonvolutions, profondément

modifiées au voisinage de la cavité, n'étaient ni irrégulières, ni déchiquetées, mais au contraire parfaitement lisses, arrondies. L'orifice de communication aboutissait à la partie supérieure de la couche optique et avait environ 0m005 de diamètre. Cette *lésion* CONGÉNITALE, est due à des troubles survenus durant la vie intra-utérine.

VI. C'est la première fois, croyons-nous, que nous voyons réunies sur un même cerveau la PORENCÉPHALIE VRAIE et la PSEUDO-PORENCÉPHALIE (1).

VII. Comme dans les cas de pseudo-porencéphalie double, avec prédominance des lésions d'un côté, nous relevons une légère atrophie du nerf optique, de la bandelette optique, du tubercule mamillaire, du pédoncule cérébral gauches, de la moitié gauche de la protubérance. — Les artères de la base étaieul ici normales et symétriques.

Comme exemple d'*hypothermie* à ajouter à ceux que nous avons cités (p. 166-168), voir dans le *Compte-rendu* du service de 1887, p. 224 : *Un cas d'asphyxie par strangulation : abaissement considérable de la température centrale* (34°,1), *guérison* ; par BOURNEVILLE.

---

(1) Voici le relevé de nos principales publications sur la vraie et la fausse porencéphalie : 1° *Porencéphalies vraies*. — *Comptes-rendus* de 1890, p. 170-172 ; — 1891, p. 96 ; — 1892, p. 89 ; — 1897, p. 63. — 2° *Pseudo-porencéphalies*. — *Comptes-rendus* de 1884, p. 2, 49 ; — 1889, p. 154 ; — 1890, p. 185-192 ; — 1892, p. 10 ; — 1895, p. 52 ; — 1890, p. 42-56.

X.

Folie de l'adolescence.

(*Addition à l'obs. de Marguerite H...,* p. 111).

Notre ami MAGNAN, médecin en chef de l'Asile clinique, a eu l'obligeance de nous envoyer les notes suivantes sur l'état de Marguerite Ha.. à son arrivée à l'Asile clinique et pendant son séjour dans cet asile, jusqu'à son envoi dans notre service. Elles complètent très utilement notre observation. Nous l'en remercions.

Le 19 octobre 1898, l'excitation recommence ; la malade crie, chante, gesticule, bavarde, très incohérente dans ses discours et dans ses actes, avec cependant une conscience partielle de son état : « je suis excitée, dit-elle, laissez moi tranquille. » Cela persiste ainsi avec des intervalles d'accalmie jusqu'au 28 octobre où l'agitation devient plus intense et plus désordonnée. Elle se prétend la reine d'Angleterre, dit qu'elle veut sauver la France, se livre à toutes sortes d'extravagances, lance par la fenêtre ses vêtements et divers objets. C'est alors qu'on se décide à la conduire à l'infirmerie du Dépôt d'où elle est amenée à l'Asile clinique. Là, en présence de son agitation intense on l'installe dans la salle d'alitement. On donne un lavement avec du chloral le soir, et la malade reste tranquille la nuit, dort jusqu'au matin. Au réveil l'agitation reparait : bavardage incessant, incohérent dans une fuite d'idées très rapide, où l'on peut ça et là percevoir des idées ambitieuses, ébauchées, mais où surtout prédominent les propos grossiers où triviaux. « Foutez-lui une claque! crie-t-elle, attention ça y est, sauvez votre honneur,... pas moins de 4 millions,... duel,... allons 4 témoins,... voulez-vous que je signe,... je venge mon pays,... je ne suis pas une salope,... je venge déjà mon honneur; » discours qu'elle

débite assise sur son lit, gesticulant, grimaçant, secouant la tête en tous sens, s'interrompant parfois pour chanter ou éclater de rire ; le tout, au milieu d'une assez grande lucidité d'esprit qui lui permet de répondre aux questions posées, et accompagné d'une conscience partielle de l'état d'agitation.

Cela dure ainsi sans autre interruption que les nuits qui sont ordinairement calmes. Le 3 novembre, dans la journée, s'établissent des périodes d'accalmie, de dépression même, où la malade vite enfouit la tête sous les draps, ne répondant à aucune question. Puis brusquement, à nouveau, l'agitation reparait avec les mêmes caractères incohérents. A noter le 31 octobre une élévation subite de la température qui le matin est à 38° sans que rien dans l'état somatique de la petite malade, même pas une simple constipation puisse l'expliquer.

Le 5 novembre la malade, qui le soir après un lavement avec du chloral s'était endormie comme d'habitude, se trouve au matin, dans un état semi-comateux ; inertie musculaire complète, anesthésie totale, température 38°, 5 le matin, 38°,6 le soir; pouls bon, mais rapide, 116 par minute, respiration superficielle et précipitée, 21 par minute : les pupilles sont resserrées, la cornée injectée et insensible. Cet état persiste jusqu'au soir à 4 heures, puis après quelques heures d'abattement l'agitation et les bavardages grossiers reprennent. Le lendemain 6, les conjonctives restent injectées, la malade se plaint de souffrir de la tête, la langue est sèche et très chargée. Constipation qui cède à l'administration de 0. fr 50 de calomel, la température est normale. L'état d'agitation persiste: la malade bavarde, déclame, grimace, continue à répéter à plusieurs reprises : « J'ai sauvé mon honneur, » tout en faisant par derriere des pieds de nez aux personnes qui la soignent et restant très attentive à ce qui se passe autour d'elle, dans la salle. Ce qui actuellement prédomine et va dans la suite de beaucoup prédominer sont les propos orduriers et grossiers. Les nuits continuent à être assez calmes et la malade dort de 6 à 7 heures d'un sommeil tranquille. Le 19 novembre on retrouve le même état semi-comateux qui persiste jusqu'à 3 heures de l'après midi. Cette fois il n'y a pas d'élévation de température; de plus, la résolution musculaire et l'anesthésie sont moins complètes. A partir du 26 novembre l'agitation tend progressivement à disparaître, les périodes de tranquillité sont plus longues et plus rapprochées; mais on constate que, même dans ces périodes de calme, la malade n'est pas complètement

bien : elle répond difficilement aux questions, se contentant de sourire quand on lui cause; elle semble, de plus, légèrement confuse; elle prétend le lendemain ne pas se rappeler la visite que lui a faite sa sœur la veille. Le 30 novembre on note une dépression avec tendance à la somnolence, obtusion intellectuelle, inertie habituelle; la malade dit ne pas se souvenir de ses crises passées. Le 1er décembre et les jours suivants l'excitation parait se réveiller un peu, la malade salue la visite du matin par ces mots: « Je vous emm.... tous, c'est l'anniversaires des juifs. » Néanmoins il y a peu d'agitation motrice, tout se passe en paroles et en quelques gesticulations. Cette crise est loin d'égaler les précédentes par son intensité, aussi le 6 novembre on transfère la petite malade à la Fondation Vallée.



APPENDICE

XI.

De l'emploi de la subvention départementale spéciale aux Ecoles d'enfants arriérés, aux Ecoles d'infirmiers et infirmières et aux Bibliothèques des services des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Note adressée à M. MOURIER, *directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique*;

PAR **BOURNEVILLE**.

Ancien conseiller général de la Seine.

MONSIEUR LE DIRECTEUR,

Il y a quelques jours, je vous ai entretenu des *subventions spéciales* votées depuis février 1878 (1), pour divers services de Bicêtre par le Conseil général, je vous ai dit que cette subvention ne recevait pas sa complète affectation et vous m'avez demandé de vous remettre une note explicative : c'est ce que je viens faire aujourd'hui, en comparant les textes des budgets départementaux et des bugets de l'Assistance publique.

---

(1) Dans tout ce qui va suivre, l'intérêt des malades était seul en jeu et pour mettre à néant de suite les sous-entendus de certains fonctionnaires, nous dirons que rien ne pouvait faire supposer alors (fin 1877), qu'un jour nous serions médecin de Bicêtre et à la tête du service des enfants que l'on considérait comme le DERNIER des services des *hôpitaux*.

Budgets des Asiles d'aliénés.

BUDGET DE 1878.

(*Rapport fait le* 16 *février* 1878, p. 5.)

Après avoir relevé dans le budget de la Préfecture de la Seine et dans le budget spécial de la Préfecture de police ce qui avait trait à l'inspection des asiles d'aliénés et des quartiers d'hospice, et donné quelques explications, nous résumions ainsi la situation :

« En réunissant ces divers éléments, nous voyons que le personnel de l'*Inspection* est ainsi composé :

1° Sous-chapitre VII, art. 3 : Inspecteur général, traitement..........	10.000	13.000 fr. »
Inspecteur général (sans compter le logement), frais fixes................	3.000	
2° Sous-chapitre VII, art. 4 : 2 médecins-inspecteurs des Asiles privés..................		7.200 fr. »
4 médecins-inspecteurs des Asiles publics. 1 à..............................	2.000	7.400 fr. »
3 à 1.800 fr. soit..................	5.400	
2 inspecteurs des maisons de santé, délégués du Préfet de police (Indemnité)..............		1.000 fr. »
Total................		28.600 fr. »

« Nous estimons que la Commission de surveillance, d'une part, et tous ceux auxquels la loi du 30 juin 1838 fait une obligation de surveiller les Asiles, sans compter les visites de la 3e Commission du Conseil général, suffisent amplement à assurer la bonne administration de nos Asiles et à offrir des garanties sérieuses au point de vue de la liberté individuelle. Nous vous proposons donc, au nom de la 3e Commission, *la suppression de l'Inspecteur général* laissant de côté la question de savoir si l'organisation qui relève de la Préfecture de Police ne pourrait pas être mieux conçue.

. . . .

Puis, après avoir rappelé le projet de création des Écoles d'infirmiers et d'infirmières » réclamées par un vote du Conseil municipal en décembre 1877 dans la discussion du Budget de l'Assistance publique pour 1878, nous disions :

« Déjà des études ont été faites à la Salpêtrière ; nous devons inviter M. le Préfet à intervenir auprès de l'administration de l'Assistance publique pour que ces études aboutissent promptement et, afin d'aider à la création de ces écoles, nous vous proposerons de voter une subvention de 1000 fr. pour chacune d'elles. (Même rapport, p. 20.) »

De même que nous avions demandé au Conseil municipal d'encourager la création de *bibliothèques pour les malades* et de voter des subventions aux *bibliothèques médicales* (1), de même nous demandions au Conseil général de créer des *bibliothèques pour les aliénés* (2).

« Ib., p. 23. — «Aussi, votre Commission vous propose-t-elle de consacrer nne partie du Crédit (5.000 fr.) devenu libre par la suppression de l'inspectorat général, à la création de bibliothèques dans nos asiles ou à l'extension de celles qui existent déjà. »

Dans ses visites, à la fin de l'année 1877, aux quartiers d'enfants de Bicêtre et de la Salpêtrière, la Commission d'assistance du Conseil général (3) avait été vivement impressionnée par l'état déplorable de cette partie des services d'aliénés, surtout à Bicêtre (4). Aussi nous changea-t-elle, comme rapporteur, de réclamer la séparation des

---

(1) Ces bibliothèques sont dues en grande partie à notre initiative (Voir *Mouvement médical*, 1865 - 1873 et *Rapp*, au *Conseil municipal*, 1876 - 1883).

(2) Voir aussi nos rapports au Conseil municipal sur les *Bibliothèques populaires*. — Nous avons créé en 1856, étant au collège d'Évreux, une bibliothèque populaire dans notre commune d'origine, à Garencières (Eure).

(3) Cette commission était composée de MM Thulié, *président*; Bourneville, *secrétaire*, Cadet, Cattiaux, Caubet, Dubois, Dujarier, Goudchaud, Lauth, Level, Loiseau et Maillard.

(4) Voir notre *Histoire de la section des Enfants de Bicêtre* et nos *Comptes-rendus du service des Enfants de Bicêtre*, à partir de 1880.

enfants des *adultes* et partant la création d'un quartier spécial. En attendant, elle voulut améliorer un peu la situation des enfants et du personnel.

Ibidem, p. 28. — «Votre commission vous propose d'inviter l'Administration à prendre en sérieuse considération les *améliorations* et les créations que nous venons d'énumérer et à voter une subvention de 2.000 fr. pour Bicêtre et de 2.000 fr. pour la Salpêtrière, afin d'améliorer la situation du personnel attaché aux enfants idiots et épileptiques et afin d'augmenter ce personnel. »

Et comme conclusion, la Commission proposa la délibération suivante qui fut adoptée :

Ibid., p. 35. — «Le Conseil général, après avoir entendu le rapport présenté au nom de sa 3e Commission ; Délibère :

Art. 1er : Est supprimé le traitement de l'Inspecteur général du service des aliénés inscrit à l'art. 3 du sous-chap. VII du projet de budget de 1878, pour une somme de 13.000 fr.

« Les crédits portés à l'art. 1er du même sous-chap. III, affèrents à l'asile de Vaucluse, sont réduits comme suit : Frais de culte, de 1.200 à 600 fr ;

Traitement des aumôniers de 2.900 fr. à 2.600 ; soit en moins 900 fr. La somme de 13.900 fr. restée libre par suite des réductions ci-dessus sera répartie de la manière suivante :

Sous-chap. VII. art. 1er, Asile de Sainte Anne. — Elévation de 580 à 800 fr. du traitement du surveillant en chef .... 220 fr.

Asile de Vaucluse :

Subvention au laboratoire de pharmacie.... 300 »

Subvention à la colonie des jeunes idiots pour achat d'appareils de gymnastique....... 1.000 »

Subvention à la colonie des jeunes idiots, pour l'amélioration du matériel de l'école.......... 1.380 »

Subvention aux écoles d'infirmiers et infirmières de Bicêtre et de la Salpêtrière, 1.000 fr. chacune, ci.................................... 2.000 »

Subvention aux écoles d'enfants idiots et épileptiques de Bicêtre et de la Salpêtrière, pour l'amélioration de la situation et l'augmentation du personnel, 2.000 fr, chacune, ci.......... 4.000 »

Subvention de 1.000 fr à chacune des bibliothèques affectées aux malades dans les asiles de Bicêtre, la Salpêtrière, Sainte-Anne, Vaucluse et Ville-Evrard, ci..................... 5.000 »

BUDGET DE 1879.

(*Rapport fait le* 26 *novembre* 1878, p. 5 et 39.)

Nous nous bornons à citer la partie de la délibération relative à la question qui nous occupe.

Sous-chap. VII, art. 4.— Crédit de 7.000 fr. pour subvention à l'Assistance publique en faveur de chacune des Écoles d'infirmiers et d'infirmières de Bicètre et de la Salpétrière, dans la proportion de 1.000 fr, soit ensemble.................................. .. 2.000 fr.

De chacune des Écoles d'enfants, idiots et épileptiques des mêmes quartiers dans la proportion de 2.000 fr. soit ensemble.................... 4.000 »

De chacune des bibliothèques d'aliénés de ces quartiers, dans la proportion de 500 fr. soit ensemble................................ 1.000 »

BUDGET DE 1880.

(*Rapport fait le* 2 *déc.* 1879, p. 7 *du tirage a part.*)

Subvention à l'Assistance publique (sous-chap. VII, art. 4). Cette subvention qui s'élève à 7.000 fr. doit être répartie de la manière suivante : 1.000 fr. à chacune des Ecoles d'infirmières et d'infirmiers de Bicêtre et de la Salpêtrière, ensemble 2.000 fr. ; — 2.000 fr. à chacune des *Ecoles d'enfants idiots et épileptiques* des mêmes établissements, ensemble 4.000 fr ; enfin 500 fr. à chacune des Bibliothèques des aliénés des deux hospices sus-nommés, ensemble 1.000 fr.

Dans l'esprit de la Commission et de son Rapporteur, ces subventions étaient destinées, non pas à faire face aux dépenses régulières, dues par l'Administration de l'assistance publique sur le prix de journée, mais à des *améliorations* de tous genres (Matériel, bibliothèque, personnel).

BUDGET DE 1881.

(*Rapport fait en décembre 1880*, p. 3.)

Subventions diverses aux services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière (sous-chap. VII, art. 4). Il s'agit d'un crédit de 7.000 fr. (Subventions aux Ecoles d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre et de la Salpêtrière et aux bibliothèques des aliénés, aux Ecoles des enfants idiots et épileptiques de ces deux établissements) : il a reçu l'affectation que le Conseil lui avait destinée.

4° Ib. p. 74. — Pour subventions diverses aux services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière ...... 7.000 »

BUDGET DE 1882.

(*Rapp. fait le 12 décembre* 1881, p. 35 du tirage à part :

Sous-chap. VII, art. 4. — *Subvention à l'Assistance publique*............................... 7.000 fr »

Ce crédit est destiné aux Ecoles d'infirmiers et d'infirmières laïques de Bicêtre et de la Salpêtrière, aux Ecoles d'enfants idiots et épileptiques, enfin aux Bibliothèques des mêmes établissements.

Ib. p. 59. Après avoir entendu le rapport présenté au nom de la commission ;

Délibère :

Il est ouvert au Budget de 1882. Même sous-chap. art. 4, un crédit de .... 7.000 »

BUDGET DÉPATEMENTAL DE 1883.

(*Rapp. fait en déc. 1882*).

Le crédit de 7.000 fr. inscrit au sous-chap. VII : Art. 4,

pour *subvention aux écoles de Bicêtre et de la Salpêtrière* a été employé suivant les désirs du Conseil général.

Ib. p. 72. — 4° Même sous-chap., art. 4, un crédit de 7.000 fr. pour subventions diverses aux services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière. *(Délibération).*

Tous les ans, depuis 1883 jusqu'à 1901, le Conseil général a voté le même crédit avec la même affectation, c'est-à-dire dans le but d'améliorer la situation des écoles d'enfants, des écoles d'infirmières et non de faire face aux dépenses régulières des Écoles et des biibliothèques auxquelles l'Administration de l'Assistance publique doit subvenir avec le prix de journée qu'elle reçoit du département. En ce qui concerne le crédit pour les Bibliothèques des aliénés, il doit, lui aussi, non pas remplacer le crédit municipal pour les bibliothèques des deux hospices, mais s'y ajouter.

* * *

Examinons maintenant comment l'Administration de l'Assistance publique s'est conformée aux indications du Conseil général, en reproduisant les passages de son Budget, Recettes et dépenses, concernant cette subvention.

Budgets de l'Assistance publique (1880-1901).

Budget de 1880.

RECETTES.	DÉPENSES.
(p. 28.)	(p. 57.)
Sous-chapitre XXX.	Sous-chapitre IX.
Subventions pour écoles d'infirmiers et infirmières laïques de Bicêtre et de la Salpêtrière...... 7.700 fr.	Virement au sous-chapitre. Frais de bureau et de cours du crédit alloué pour écoles d'infirmiers et d'infirmières........ 7.700 fr.

Budget de 1881.

RECETTES SUPPLÉMENTAIRES (p. 21.)
Sous-chapitre III.
Subvention du département de la Seine pour bibliothèque des écoles d'infirmiers, d'enfants idiots et épileptiques et des malades aliénés.......... 7.000 fr.

DÉPENSES COMPLÉMENTAIRES (p. 59.)
Sous-chapitre III.
Subvention départementale pour Bibliothèque d'aliénés, pour écoles des enfants idiots, et pour contribution aux Dépenses des Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières laïques............ 7.000 fr.

Budget de 1882.

RECETTES. (p. 30.)
Sous-chapitre XXXII bis.
Subventions pour écoles d'infirmiers et infirmières laïques de Bicêtre et de la Salpêtrière...... 7.000 fr.

DÉPENSES. (p. 44.)
Sous-chapitre II.
Virement au sous-chapitre. Frais de bureau et de cours du crédit alloué pour écoles d'infirmiers et d'infirmières........ 7.000 fr.

Budget de 1883.

RECETTES SUPPLÉMENTAIRES (p. 28.)
Sous-chapitre XXXIII.
Subvention du département de la Seine pour bibliothèque des écoles d'infirmiers, d'enfants idiots et épileptiques et des malades aliénés.......... 7.000 fr.

DÉPENSES COMPLÉMENTAIRES (p. 40.)
Sous-chapitre II.
Subvention départementale pour Bibliothèque d'aliénés, pour écoles de senfants idiots, et pour contribution aux Dépenses des Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières laïques............ 7000. fr.

Budget de 1884.

RECETTES.
(p. 28.)
Sous-chapitre XXXIV.
Subventions pour écoles d'infirmiers et infirmières laïques de Bicêtre et de la Salpêtrière ...... 7.000 fr.

DÉPENSES.
(p. 40.)
Sous-chapitre II.
Virement au sous-chapitre. Frais de bureau et de cours du crédit alloué pour écoles d'infirmiers et d'infirmières .... 7.000 fr.

Budget de 1885.

RECETTES SUPPLÉMENTAIRES
(p. 28.)
Sous-chapitre XXXIV.
Subvention du département de la Seine pour bibliothèque des écoles d'infirmiers, d'enfants idiots et épileptiques et des malades aliénés .... 7.000 fr.

DÉPENSES COMPLÉMENTAIRES
(p. 42.)
Sous-chapitre II.
Subvention départementale pour Bibliothèque d'aliénés, pour écoles des enfants idiots, et pour contribution aux Dépenses des Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières laïques .... 7.000 fr.

Budget de 1886.

RECETTES.
(p. 28.)
Sous-chapitre XXXIII.
Subventions pour écoles d'infirmiers et infirmières laïques de Bicêtre et de la Salpêtrière ...... 7.000 fr.

DÉPENSES.
(p. 42.)
Sous-chapitre II.
Virement au sous-chapitre. Frais de bureau et de cours du crédit alloué pour écoles d'infirmiers et d'infirmières .... 7.000 fr.

Budget de 1887.

RECETTES SUPPLÉMENTAIRES
(p. 28.)
Sous-chapitre XXXIV.

Subvention du département de la Seine pour bibliothèques des écoles d'infirmiers, d'enfants idiots et épileptiques et des malades aliénés.......... 7.000 fr.

DÉPENSES COMPLÉMENTAIRES
(p. 42.)
Sous-chapitre II.

Subvention départementale pour Bibliothèques d'aliénés, pour écoles des enfants idiots, et pour contribution aux Dépenses des Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières laïques............ 7.000 fr.

Budget de 1888.

RECETTES.
(p. 28.)
Sous-chapitre XXXV.

Subventions pour écoles d'infirmiers et infirmières laïques de Bicêtre et de la Salpêtrière...... 7.000 fr.

DÉPENSES.
(p. 42.)
Sous-chapitre II.

Virement au sous-chapitre. Frais de bureau et de cours du crédit alloué pour écoles d'infirmiers et d'infirmières........ 7.000 fr.

Budget de 1889.

RECETTES SUPPLÉMENTAIRES
(p. 28.)
Sous-chapitre XXXV.

Subvention du département de la Seine pour bibliothèque des écoles d'infirmiers, d'enfants idiots et épileptiques et des malades aliénés.......... 7.000 fr.

DÉPENSES COMPLÉMENTAIRES
(p. 42.)
Sous-chapitre II.

Subvention départementale pour Bibliothèque d'aliénés, pour écoles des enfants idiots, et pour contribution aux Dépenses des Ecoles mnnicipales d'infirmiers et d'infirmières laïques............ 7.000 fr.

Budget de 1890.

RECETTES.
(p. 28.)
Sous-chapitre XXXVI.

Subventions pour écoles d'infirmiers et infirmières laïques de Bicêtre et de la Salpêtrière ...... 7.000 fr.

DÉPENSES.
(p. 42.)
Sous-chapitre II.

Virement au sous-chapitre. Frais de bureau et de cours du crédit alloué pour écoles d'infirmiers et d'infirmières .... 7.000 fr

Budget de 1891.

RECETTES SUPPLÉMENTAIRES
(p. 28.)
Sous-chapitre XXXVI.

Subvention du département de la Seine pour bibliothèque des écoles d'infirmiers, d'enfants idiots et épileptiques et des malades aliénés .... 7.000 fr.

DÉPENSES COMPLÉMENTAIRES
(p. 42.)
Sous-chapitre II.

Subvention départementale pour Bibliothèque d'aliénés, pour écoles des enfants idiots, et pour contribution aux Dépenses des Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières laïques .... 7.000 fr

Budget de 1892.

RECETTES.
(p. 28.)
Sous-chapitre XXXIX.

Subventions pour écoles d'infirmiers et infirmières laïques de Bicêtre et de la Salpêtrière ...... 7.000 fr.

DÉPENSES.
(p. 42.)
Sous-chapitre II.

Virement au sous-chapitre : Frais de bureau et de cours, du crédit alloué pour écoles d'infirmiers et d'infirmières .... 7.000 fr.

Budget de 1893.

RECETTES SUPPLÉMENTAIRES
(p. 28.)
Sous-chapitre XXXIX.

Subvention du département de la Seine pour bibliothèque des écoles d'infirmiers, d'enfants idiots et épileptiques et des malades aliénés.......... 7.000 fr.

DÉPENSES COMPLÉMENTAIRES
(p. 42)
Sous-chapitre II.

Subvention départementale pour Bibliothèque d'aliénés, pour écoles des enfants idiots, et pour contribution aux Dépenses des Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières laïques............ 7.000 fr.

Budget de 1894.

RECETTES.
(p. 30.)
Sous-chapitre XLI.

Subvention pour écoles d'infirmiers et infirmières laïques de Bicêtre et de la Salpêtrière...... 7.000 fr.

DÉPENSES.
(p. 44.)
Sous-chapitre II.

Art. 6. — Ecoles d'enfants arriérés et *cours primaires* (1) pour les infirmiers et infirmières........ 9.000 fr.

Budget de 1895.

RECETTES SUPPLÉMENTAIRES
(p. 26.)
Sous-chapitre XXIV.

Subvention du département de la Seine pour bibliothèque des écoles d'infirmiers, d'enfants idiots et épileptiques et des malades aliénés.......... 7.000 fr.

DÉPENSES COMPLÉMENTAIRES
(p. 46.)
Sous-chapitre II bis.

Art. 5. — Ecoles d'enfants arriérés et cours primaires pour les infirmiers et infirmières.......... 9.000 fr.

---

(1) Voici une nouvelle affectation, imaginée par qui ?

Budget de 1896.

RECETTES.
(p. 26.)
Sous-chapitre XXIV.
Subventions pour écoles d'infirmiers et infirmières laïques de Bicêtre et de la Salpêtrière...... 7.000 fr.

DÉPENSES.
(p. 48.)
Sous-chapitre II bis.
Art. 5. — Ecoles d'enfants arriérés et cours primaires pour les infirmiers et infirmières.......... 9.000 fr.

Budget de 1897.

RECETTES SUPPLÉMENTAIRES
(p. 26.)
Sous-chapitre XXIV.
Subvention du département de la Seine pour bibliothèque des écoles d'infirmiers, d'enfants idiots et épileptiques et des malades aliénés.......... 7.000 fr.

DÉPENSES COMPLÉMENTAIRES
(p. 48.)
Sous-chapitre II bis.
Art. 5. — Ecoles d'enfants arriérés et cours primaires pour les infirmiers et infirmières.......... 9.000 fr.

Budget de 1898.

RECETTES.
(p. 26.)
Sous-chapitre XXIV.
Subventions pour écoles d'infirmiers et infirmières laïques de Bicêtre et de la Salpêtrière...... 7.000 fr.

DÉPENSES.
(p. 48.)
Sous-chapitre II bis.
Art. 5. — Ecoles d'enfants arriérés et cours primaires pour les infirmiers et infirmières.......... 11.200 fr.

Budget de 1899.

RECETTES SUPPLÉMENTAIRES
(p. 26.)
Sous-chapitre XXIV.

Subvention du département de la Seine pour bibliothèque des écoles d'infirmiers, d'enfants idiots et épileptiques et des malades aliénés .... 7.000 fr.

DÉPENSES COMPLÉMENTAIRES
(p. 48.)
Sous-chapitre II bis.

Art. 5. — Ecoles d'enfants arriérés et cours primaires pour les infirmiers et infirmières .... 11.200 fr.

Budget de 1900.

RECETTES.
(p. 26.)
Sous-chapitre XXIV.

Subventions pour écoles d'infirmiers et infirmières laïques de Bicêtre et de la Salpêtrière ...... 7.000 fr.

DÉPENSES.
(p. 48.)
Sous-chapitre II bis.

Art. 5. — Ecoles d'enfants arriérés et cours primaires pour les infirmiers et infirmières .... 11.200 fr.

Budget de 1901 (1).

RECETTES SUPPLÉMENTAIRES
(p. 26.)
Sous-chapitre XXIV.

Subvention du département de la Seine pour bibliothèque des écoles d'infirmiers, d'enfants idiots et épileptiques et des malades aliénés .... 7.000 fr.

DÉPENSES COMPLÉMENTAIRES
(p. 48.)
Sous-chapitre II bis.

Art. 5. — Ecoles d'enfants arriérés et cours primaires pour les infirmiers et infirmières .... 12.700 fr.

---

(1) Par suite d'une délibération du Conseil général, prélevant sur la subvention de 7.000 fr., 1.000 fr. pour le professeur de dessin (poste créé), il ne reste plus que 6.000 fr. pour les Ecoles d'enfants, les Ecoles d'infirmières et les Bibliothèques des aliénés. Le crédit aurait dû être fourni par l'Assistance publique sur son budget comme celui des professeurs de chant, de gymnastique, etc.

*
* *

Ce relevé de textes comporte quelques réflexions.

Dès 1880, le libellé n'est pas conforme à la délibération du Conseil général. Il est exact en 1881 ; il ne l'est plus en 1882. Il le redevient en 1883, ne l'est plus en 1884, le redevient en 1885, ne l'est plus en 1886, le redevient en 1887, ne l'est plus en 1888, le redevient en 1889, ne l'est plus en 1890, le redevient en 1891, cesse de l'être en 1892 où il n'est plus question ni des Écoles d'enfants, ni des Bibliothèques des aliénés. Exacte en 1893, l'inscription du crédit ne l'est plus en 1894. En 1895, l'inscription aux recettes est régulière ; aux dépenses ne figurent pas les Bibliothèques des aliénés et on attribue la subvention aux *cours primaires*, etc.

Pourquoi toutes ces modifications, l'addition de crédits au crédit spécial du Conseil général, l'oubli tantôt des bibliothèques des malades, tantôt des Écoles d'enfants, la différence du libellé du même article aux recettes et aux dépenses, alors que le texte du Conseil général et de l'Administration préfectorale est TOUJOURS le même depuis 1878. Le voici encore une fois, d'après le Mémoire de M. de Selves au Conseil général en 1901 (p.189).

Chap. VIII, § 1er, art. 9. — *Subvention pour les quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière.*

Le montant du crédit soit.................. 7.000 ; »
a été *mandaté* au profit des Écoles d'infirmiers et d'infirmières de ces établissements, des Ecoles d'enfants idiots et des Bibliothèques des quartiers d'aliénés.

En 1896, aux recettes (7.000 fr.), il n'est pas question des Écoles d'enfants, ni de la biblothèque des aliénés. Aux dépenses reparaissent les Écoles d'enfants et la dépense est de 9.000 fr. alors que le Conseil général n'a voté que 7.000 fr.. En 1897, l'inscription, conforme aux recettes (7.000 fr.), ne l'est plus aux dépenses (9.000 fr.) ; même erreur en 1898 où la dépense est de 11.200 fr. Omission des bibliothèques des aliénés qui reparaissent aux recettes de 1899 mais non aux dépenses. En 1900, il n'est pas question des Écoles d'enfants, ni des bibliothèques, les premières reparaissent aux dépenses, mais non les bibliothèques.

En 1901, le texte est exact aux recettes (7.000 fr.) mais les bibliothèques sont oubliées aux dépenses qui s'élèvent à 1?.700 fr.

J'appelle votre attention, M. le Directeur, sur les transformations, modifications de texte que j'ai relevées. Je me permets de vous rappeler que les crédits votés pour les bibliothèques des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière doivent s'*ajouter* aux crédits votés pour les bibliothèques des vieillards ; — que les crédits votés pour les Écoles d'infirmières et les Écoles d'enfants sont destinés, non à faire face aux besoins de ces écoles, mais à permettre de réaliser des *améliorations* que peuvent vous réclamer vos chefs de service dans l'intérêt des malheureux enfants que l'Administration leur confie (1).

Veuillez agréer, etc. B.

*
* *

Réponse de M. MOURIER, *directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique.*

Paris, 28 Février 1902.

MONSIEUR LE DOCTEUR,

Vous avez bien voulu appeler mon attention sur l'emploi qui est fait de la subvention départementale de 7.000 francs versée depuis 1878 à mon administration et qui doit être répartie par moitié entre les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière de la façon suivante :

Ecoles d'infirmiers et d'infirmières	2.000 »
Ecoles d'enfants idiots et épileptiques........	4.000 »
Bibliothèques des aliénés	1.000 »
	7.000 »

Vous m'avez informé qu'à votre avis cette somme était distraite au moins en partie de sa destination bien que le détail ci-dessus figure au budget départemental de chaque exercice.

(1) Cette NOTE résume, en *dehors* des *textes* des Budgets, les conversations que nous avons eues à ce sujet, avec M. Mourier, et les réflexions qui accompagnaient notre réclamation.

Des recherches auxquelles j'ai fait procéder, il résulte que, jusqu'en 1893 inclusivement, la dépense correspondant à cette subvention était imputée sur un sous-chapitre et sur un article uniques (sous-chap. 2, art. 6).

Depuis lors, cette dépense, pour des causes diverses (??), et notamment par suite du dédoublement du sous-chap. II a été imputée sur 3 articles différents : savoir :

S.-chap. 2 bis. art. 2. Bibliothèques d'aliénés .	1.000 »
S.-chap. 5. Écoles d'enfants arriérés	4.000 »
S.-chap. 5. Écoles d'infirmiers et d'infirmières.	2.000 »
	7.000 »

Or, deux faits vous ont frappé à la lecture du budget de 1901 : le 1er c'est qu'au titre 1er: *Recettes* figure comme indication de l'emploi de la subvention dont il s'agit la mention suivante:

Emploi de la subvention départementale de 7.000 francs s.-chap. II bis, art. 5, page 27 du budget de 1901. Cette mention était erronée ; elle aurait dû viser les art. 2. 5. et 6. Elle ne figure plus, du reste, au budget de l'exercice courant.

Le second c'est qu'à l'art. 5. du sous-chap. II bis (dépenses) figure sous la rubrique : Écoles d'enfants arriérés, livres, fournitures, récompenses :

Pour les écoles d'enfants arriérés......... 7.000 francs.

Mais cette somme de 7.000 francs qui par hazard coïncide exactement avec le montant de la subvention départementale se compose en réalité de *3.000 francs* non *subventionnés* et de 4.000 francs seulement faisant partie de la subvention (1).

Les crédits de cette dernière sont donc inscrits comme suit au budget de 1901 :

(1) Or ces 4.000 fr. ne doivent pas être employés en *livres et fournitures de classe* ou de *bureau*, dont l'achat doit être fait sur le prix de journée payé par le département. Quant aux *récompenses*, il n'en est pas donné : il n'y a pas de distribution de prix, contrairement à ce qui se fait pour d'autres écoles de l'Assistance publique.

S.-chap. II. art. 5 (7.000-3.000)...............	4.000 »
Art. II. Bibliothèques pour aliénés..........	1.000 »
Art. 6. Une somme de 2.000 francs comprise dans l'ensemble du crédit 31.075 francs pour Écoles municipales d'infirmières...............	2.000 »
Ensemble.	7.000 »

Sur lesquels toutefois il faut prélever la somme de 1.000 francs affectée spécialement par le Conseil général à la création d'un cours de dessin par la délibération du 19 décembre 1900.

Les explications qui précèdent vous démontreront, j'en suis persuadé, que les craintes que vous avez pu concevoir au sujet de l'emploi de la subvention dont il s'agit sont sans objet.

J'ai, du reste, donné des instructions pour que les dépenses imputables sur cette subvention ne soient plus dans le détail du prochain budget confondues avec les dépenses payées sur les frais généraux de l'Administration mais fassent au contraire l'objet de mentions distinctes.

Agréez, Monsieur le Docteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Maître des Requêtes au Conseil d'État,
Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique,

CH. MOURIER.

*
* *

Des explications, contenues dans la lettre de M. Mourier, il résulte que les fonctionnaires et les employés chargés de rédiger le budget ont embrouillé uno affaire très simple. M. Mourier, qui n'en est pas responsable, mis au courant par nous, nous affirme, en terminant, qu'il a donné « *des instructions pour que les dépenses imputables sur cette subvention ne soient plus dans le détail du prochain budget confondus avec les dépenses payées sur les frais généraux de l'Administration mais fassent au contraire l'objet de mentions distinctes*.

Après cette déclaration très précise, nous nous dispenserons de toute réflexion sur les explications qui la pré-

cèdent. Donc, à l'avenir, l'inscription de la subvention aux *Recettes* et aux *Dépenses* sera faite exactement. Qua~t à son emploi, nous comptons sur la promesse de M. Mourier, sur son esprit d'équité, pour qu'il soit fait conformément aux intentions primitives et persistantes du Conseil général, que nous avons rappelées, d'après nos Rapports et que, à l'occasion, pourrait confirmer M. le Dr THULIÉ, alors président de la Commission d'Assistance publique de ce Conseil. Il va de soi que les chefs de service devront s'entendre avec les directeurs de Bicêtre et de la Salpêtrière, pour la meilleure destination de cette subvention au point de vue de l'intérêt et de l'agrément des malades et que leurs propositions communes devront être soumises à l'Administration centrale.

B.

Travaux scientifiques faits dans le service.

(Thèses et mémoires).

1880.

Leroy (A.). — *De l'état de mal épileptique.* Thèse de Paris.

Séglas (J.). — *De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

Bourneville. — *Contribution à l'étude de l'idiotie.* — Ce travail comprend deux parties, dont la seconde a été faite en collaboration avec M. Brissaud. *(Archives de neurologie,* 1880, t. I, p. 69 et 399). — *Contribution à l'étude de la démence épileptique.* (*Archives de neurologie*, 1880, p. 213).

1881.

Ridel Saillard (G.). — *De la cachexie pachydermique (myxœdème des auteurs anglais.)* Thèse de Paris.

D'Olier (H.). — *De la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie avec manifestations distinctes des deux névroses considérées dans les deux sexes et en particulier chez l'homme.* Mém. qui a obtenu le prix Esquirol. *(Annales médico-psycholog.,* sept. 1881) et tirage à part aux bureaux du *Progrès Médical).*

Sadrain (G.). — *Étude sur le traitement des attaques d'hystérie et des accès d'épilepsie.* In-8° de 56 p. Th. de Paris.

Hublé (M.). — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie.* Mono-bromure de camphre, de zinc, de sodium. Thèse de Paris.

Morlot (E.). — *Sur une forme grave de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

Coulbaut (G.). — *Des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie.* Thèse de Paris.

1882.

BRICON (L.). — *Du traitement de l'épilepsie :* Hydrothérapie. — Arsenicaux. — Magnétisme minéral, Aimants. — Sels de pilocarpine, etc. Thèse de Paris.

ROUX (G.-L.). — *Traitement de l'épilepsie et de la manie par le bromure d'éthyle.* Thèse de Paris.

WUILLAMIER (Th.). — *De l'épilepsie dans l'hémiplégie spasmodique infantile.* Thèse de Paris.

1884.

FÉLIBILIU. — *Contribution à l'étude de la folie de l'enfance.* Thèse de Paris.

1887.

Mme SOLLIER (A.). — *De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés.* Thèse de Paris.

1888.

THIBAL. — *Contribution à l'étude de la sclérose tubéreuse ou hypertrophique du cerveau.* Thèse de Paris.

PENASSE. — *Contribution à l'étude des méningites chroniques et spécialement d'une terminaison fréquente chez les enfants, l'Idiotie.* Thèse de Paris.

PISON. — *De l'asymétrie fronto-faciale dans l'épilepsie.* Thèse de Paris.

1889.

CORNET (P.). — *Traitement de l'épilepsie.* Bromures d'or et de camphre, Picrotoxine. Thèse de Paris.

GOTTSCHALK (A.). — *Valeur de l'influence de la consanguinité sur la production de l'idiotie et de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

SOLLIER (P.). — *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme.*

1891.

SOLLIER (P.). — *Psychologie de l'idiotie et de l'imbécillité.* Thèse de Paris.

RETROUVEY (A.). — *Contribution à l'étude de l'hémiplégie spasmodique infantile.*

1892.

TAQUET. — *De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots.* Thèse de Paris.

VIVIER (A.). — *Contribution à l'étude clinique de l'épilepsie chez les enfants.* Thèse de Paris.

1893

NOIR (J.). — *Étude sur les tics.* Thèse de Paris.

1894.

BOYER (J.). — *Traitement hygiénique et pédagogique de l'idiotie.* — (Prix Belhomme à la Société Médico-psychologique de Paris.)

1895.

LEBLAIS (H.). — *De la puberté dans l'hémiplégie spasmodique infantile.* Thèse de Paris.

1896.

BOULLENGER (F.). — *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance.* Thèse de Paris.

GRIFFAULT (G.). — *Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie.* Thèse de Paris.

1897.

BOYER (J.). *Éducation du sens musculaire chez l'idiot.* — (Prix Belhomme à la Société Médico-psychologique de Paris.)

1898.

BALLARD. (J.). — *Comment meurent les épileptiques.* Thèse de Paris.

RELLAY (P.). — *Essai sur le traitement chirurgical de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

1899.

CESTAN (R.). — *Le syndrôme de Little. Sa valeur nosologique. Sa pathogénie.* Thèse de Paris.

TISSIER (P.). — *De l'influence de l'accouchement anormal sur le développement des troubles cérébraux de l'enfant.* Thèse de Paris.

FÈVRE (A.). — *Du mariage des épileptiques.* Thèse de Paris.

LE DUIGOU (E.). — *Contribution à l'étude du pronostic de l'épilepsie chez les enfants.* Thèse de Paris.

HASLÉ (L.). — *Du bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

1900.

BOURNELILLE. — *De l'Anatomie pathologique de l'Idiotie* (Rapport fait à la *Section de psychiatrie du Congrès international de médecine de* 1900 (Comptes-rendus de la Section, p. 167).

Mlle PESKER (D.). — *Un cas d'affection familiale à symptômes cérébro-spinaux.* Thèse de Paris.

LEBRETON. — *De la sclérose en plaques chez les enfants.* Thèse de Paris.

DENIS (C.). — *Étude sur un cas anormal de perforation crânienne congénitale.* Thèse de Paris.

PRIME (J.). — *Des accidents toxiques produits par l'éosinate de sodium.* Thèse de Paris.

GILLET (Th.). — *Étude du rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie et de l'imbécillité.* Thèse de Paris.

1901.

PAREUR (P). — *Purpura dans l'Épilepsie.* — Thèse de Paris.

ROBIN (E.) — *Contribution à l'étude des malformations dentaires chez les idiots, hystériques et épileptiques.* — Thèse de Paris.

Liste des Internes de notre service (1880-1901).

Années.	INTERNES TITULAIRES.	INTERNES PROVISOIRES.	REMPLAÇANTS (1).
1880	MM. d'Olier	MM. Négel.......	»
1881	Bonnaire	Wuillamié ..	»
1882	Dauge.......	Buret	»
1883	Boutier	Leflaive	»
1884	Budor *	Leriche	* M. Dubarry a remplacé M. Budor en juillet.
1885	Combarien ..	Jonesco	»
1886	Conzette	Baumgarten.	»
	Isch-Wall...	Pilliet	»
1887	Sollier	Raoult	»
1888	Durand *	Mathon	* M. Renault a remplacé M. Durand en novem.
1889	Camescasse .	Sorel	»
1890	Lamy	Flœrsheim ..	»
	Morax.......		
1891	Brézard	Banzet	* M. Condamy a remplacé M. Finet le 12 novembre.
	Finet *		
1892	Dauriac	Noir	»
	Ferrier......		
1893	Boncour (P.).	Lenoir	»
	Bellot		
1894	Zeimet	Dardel	* M. Dujarrier a remplacé M. Arrizabalaga en août. M. Comte a remplacé M. Dujarrier en septembre.
	Arrizabalaga * ..		
1895	Tissier	Rastouil	»
	Lombard		
1896	Mettetal.....	Pelisse	* M. Rellay a remplacé M. Luys en mai.
	Luys *		
1897	Schwartz ...	Godineau ...	»
	Jacomet.....		
1898	»	Chapotin....	»
		Sébileau	»
		Katz	»
1899	Bellin	Aubertin	»
	Poulard		
1900	Crouzon * ...	Dionis du Séjour.......	* M. Izard a remplacé M. Crouzon en juillet.
	Laurens.....		

(1) Les noms suivis d'un astérique indiquent qu'ils ont été remplacés.

Liste des Internes de notre service (1880-1901)

Années.	INTERNES TITULAIRES.	INTERNES PROVISOIRES.	REMPLAÇANTS.
1901	MM. Ambard * ...	MM. Morel	* M. Izard remplace M. Ambard du 1er mai au 1er octobre.
	Heitz *		* M. Lafarge a remplacé M. Heitz le 1er octobre.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I.

Malade chez lequel il n'y avait qu'une impotence musculaire légère. La marche était facile et nullement modifiée.



PLANCHE II.

Ces fémurs appartenaient au malade représenté sur LA PLANCHE précédente (I). On remarque :

1°) Une plus grande ouverture de l'angle cervico-diaphysaire sur l'os malade ;

2°) Une surface noircie non envahie par le système musculaire (également sur l'os malade) ;

3°) Une atrophie de l'os malade très peu marquée. La différence entre les pilastres est peu sensible.



Os sain. *Os malade.*

PLANCHE III.

Sujet chez lequel l'hémiplégie était très accentuée : atrophie considérable, équinisme, etc. La marche était difficile en raison de ces modifications.

Le malade, représenté au repos, s'appuie sur le membre sain.



PLANCHE IV.

Fémurs du malade précédent.

On y voit :

1°) L'atrophie de l'os malade ;

2°) L'ouverture plus grande de l'angle cervico-diaphysaire sur l'os malade ;

3°) L'écartement des deux lèvres de la ligne âpre sur l'os malade ; leur rapprochement sur l'os sain ;

4°) La saillie apparente du condyle interne de l'os pathologique ;

5°) La différence des courbures ;

6°) Une courbure sus-condylienne à convexité interne, qui transforme la direction de l'axe condylien, et est la cause de la saillie condylienne interne.

NOTA. — Ces os ont une direction fantaisiste.



Os malade. *Os sain.*

PLANCHE V.

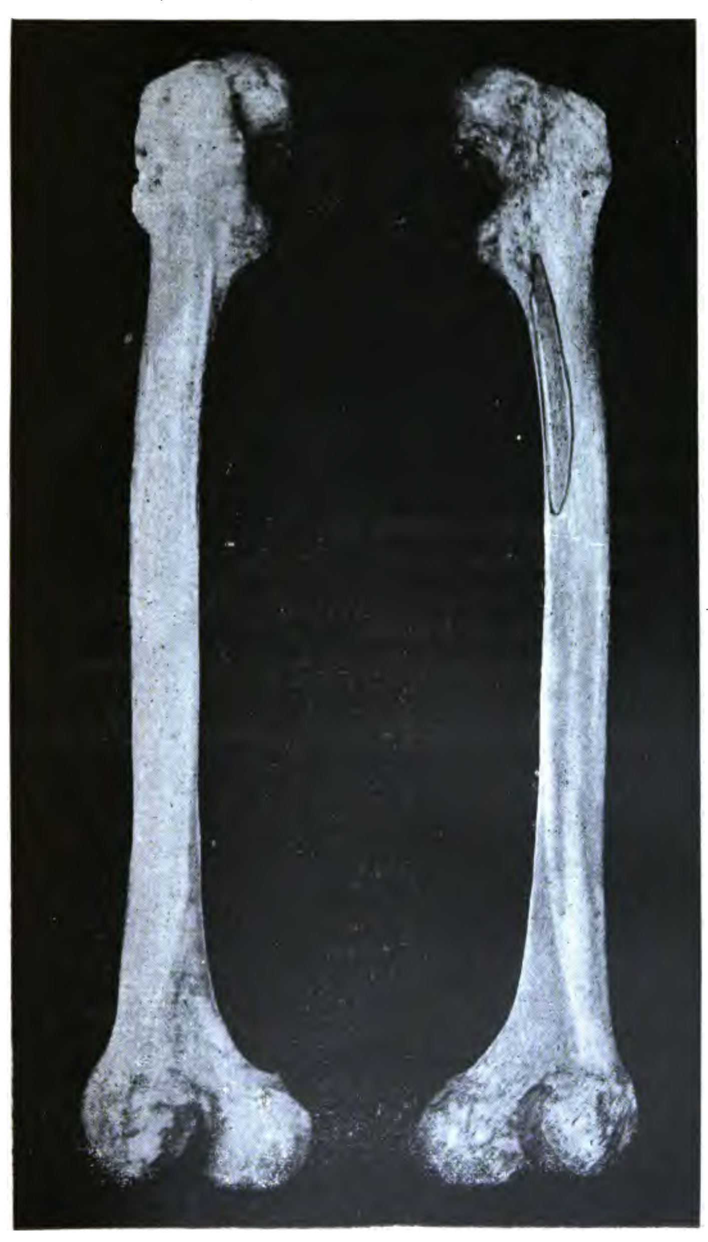
A remarquer sur cette planche :

1° Il reste sur l'os malade un espace (cerclé de noir) qui était inoccupé ;

2° Le pilastre est plus accentué sur l'os sain ;

3° La face est plus large sur l'os sain ;

4° Sur l'os sain, le pilastre présente une convexité postérieure.



Os sain. *Os malade.*

PLANCHE VI.

On voit :

1° Que l'os malade est atrophié ;

2° Que son pilastre est moins saillant ;

3° Que sa courbure antéro-postérieure est à peine marquée ; le contraire existe sur l'os sain ;

4° Que la bifurcation de la ligne âpre est située plus haut sur l'os malade ;

5° Que la convexité postérieure du pilastre est plus nette sur l'os sain.



Os sain. *Os malade.*

PLANCHE VII.

Ces fémurs sont en position, c'est-à-dire que leurs deux condyles reposent sur un plan horizontal. On voit alors que le condyle interne, au lieu de faire saillie comme sur la PLANCHE IV (os malade), se place au même niveau que l'externe ; mais l'axe diaphysaire est modifié et s'éloigne de la verticale. Le petit trochanter semble plus volumineux sur le fémur malade, parce que l'aplatissement platymérique, qui le masque en partie sur l'os sain, n'existe pas.



Os malade. *Os sain.*

PLANCHE VIII.

Les os sont en position.

On voit :

1° La variation des angles du col ;

2° La différence des courbures :

3° L'atrophie de l'os malade ;

4° Par comparaison avec la PLANCHE IV, qui représente les mêmes os, non en position, la disparition de la saillie apparente du condyle interne au côté malade.



Os sain. *Os malade.*

PLANCHE IX.

1° *Ces os n'étant pas en position*, le condyle interne (côté malade) semble plus saillant ;

2° Les éléments de la ligne âpre restent écartés sur l'os malade et la bifurcation s'y fait par conséquent à un niveau très élevé.

3° Il y a, comme sur la planche IV, une courbure sus-condylienne sur l'os malade.



Os sain. *Os malade.*

PLANCHE X.

Ces os ayant appartenu à un sujet qui, par suite des circonstances, marcha peu, l'os sain ayant donné attache à un système musculaire peu actif, est peu différencié de l'os malade.



Os sain. *Os malade.*

PLANCHE XI.

Sur ce fémur malade, la platymérie est incomplète. Le système musculaire n'a produit l'agrandissement que de la moitié externe de la face antérieure. La moitié interne présente une dépression atrophique (teintée sur la planche).



PLANCHE XII.

Les os sont en position. En raison de l'aplatissement sous-trochantérien (platymérie) qui est moindre du côté malade, le petit trochanter n'est pas masqué par la crête latérale interne et semble plus volumineux que celui du côté opposé.



Os malade. *Os sain.*

PLANCHE XIII.

Pour la même raison que sur la PLANCHE XII, le petit trochanter semble plus saillant du côté malade.



Os sain. *Os malade*

PLANCHE XIV.

Idiotie mongolienne.

(Obs. de Conn..., p. 136)



Mongolienne.

PLANCHE XV.

(Obs. de Bouch..., p. 151.)

Face convexe de l'hémisphère cérébral gauche.

LO, lobe orbitaire.
F^1, F^2, F^3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.
FA, frontale ascendante.
PA, pariétale ascendante.
S R, sillon de Rolando.
S, extrémité du lobe temporal en partie détruite par la lésion et laissant en partie à découvert le lobule de l'insula.
Sc p, scissure parallèle.
T^1, T^2, T^3, circonvolutions temporales.
P^1, pli pariétal supérieur.
P^2, pli pariétal inférieur.
PC, pli courbe.
L'OC, lobe occipital.


P²
T²
T¹
PA
FA

PLANCHE XVI.

(Obs. de Bouch..., p. 151.)

Face interne de l'hémisphère cérébral gauche.

F¹, première circonvolution frontale. (La lettre F¹, placée en arrière, ne répond pas à la première frontale, mais au coin, qui aurait dû être marqué C.)
CC, corps calleux.
CCC, circonvolution du corps calleux.
La tige indique le trajet du *porus*, partant du bord supérieur de l'hémisphère et aboutissant au ventricule latéral.

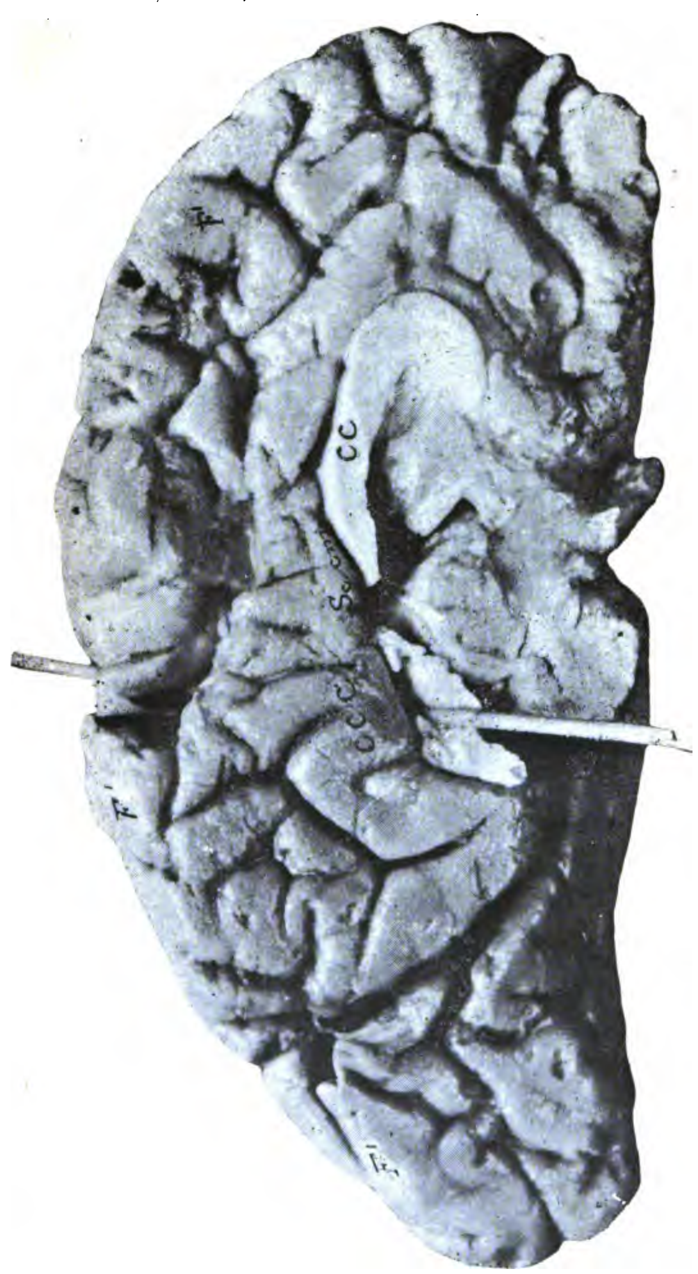

CC

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

Histoire du service pendant l'année 1901.

Section I : Bicêtre.

SECTION III. — **Assistance et enseignement.**

Classes ou Écoles spéciales pour les enfants arriérés.

DEUXIÈME PARTIE

Instructions médico-pédagogiques.

TROISIÈME PARTIE

Clinique, thérapeutique, anatomie pathologique.

Appendice.

Imp. des Enfants de Bicêtre.

